الجمهوريـــــة الجزائريـــــة الديمقراطيـــــة الشعبيـــــة

جامعـــة الجزائـــر
كليّـــة العلوم الانسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

تحليل العوامل النفسية لسلوك إهمال العلاج المضاد لارتفاع الضغط الشرياني الأساسي

مذكّـــرة لنيـــل شهـــادة الماجستيـــر

إعداد الطالبة: حماشو فطومة

إشراف الأستاذ الدّكتور رشيد مسيلي

2010

مقدمة البحث:

يعتبر مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي من الأمراض المزمنة الشائعة جدّا في بلادنا. و رغم شيوع هذا المرض بصفة ملفتة للانتباه، إلا أنه لا يزال الكثير من المرضى و من عامة الناس يجهلون حقيقته أو يرفضون تقبّله لما يحدثه من آثار نفسية خاصة و مخلفات جانبية.

كثيرا ما يلجأ المرضى إلى المستشفيات و إلى العيادات الخاصة لطلب الفحص ضنا منهم بأنهم مصابون بزكام أو بإحدى الأمراض البسيطة التي يسهل علاجها، إلا أنهم كثيرا ما يكتشفون بأنهم مصابون بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الذي وصفه العلماء ب: "القاتل الساكت" لأن أعراضه تشبه أعراضًا لأمراض أخرى أكثر بساطة و أقلّ خطورة.

الجدير بالذكر هو أنّ أغلب المصالح الطبية بالمستشفيات و العيادات الخاصة توفر علاجا طبيا بحتا لهذا المرض رغم أنّ الكثير من العلماء و الباحثين قد أبرزوا دور الضغط النفسي كعامل مهم يدخل في تفجير مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، إلاّ أنّ معظم المرضى إن لم نقل الأغلبية الساحقة يخضعون إلى علاج طبّي و لا يحضون بالمرافقة النفسية التي تعد مهمة جدا بل ضرورية. فالتّكفل النّفساني يعمل بالتأكيد على إزالة آثار الضّغط النفسي بالتدريج مما يعمل على استقرار أرقام الضغط النفسي عند المرضى و تحسن حالتهم الصّحية.

و لأنّ المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي يظهرون معاناة نفسية خاصّة تجعلهم في الكثير من الأحيان يهملون العلاج الطّبي و يرفضون تماما أخذ الدّواء، ارتأينا في هذا البحث المتواضع تبيان دور العوامل النفسية في دفع هؤلاء المرضى إلى النفور من العلاج الطّبّي و إهماله.

تجدر الإشارة إلى أنّ المريض الذي هو كلّ كامل ببعديه النّفساني و الجسماني، يحتاج إلى تفهم ماهية تصرّفاته التي تدفعه إلى رفض العلاج الطبي و الإحاطة التامة بكل العوامل التي تجعله يعيش مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي كمأساة لا يمكنه الخروج منها.

و لأنّ العلاج النفساني أصبح ضرورة لا بد منها، ارتأينا القيام بهذا البحث لتبيان دور العوامل النفسية في تفجير المرض الجسمي و العمل على تفاقمه.

إشكالية البحث

تنطلق إشكالية هذا البحث من الارتباط الوثيق بين النفس و الجسد إذ يلجأ الباحثون حاليا إلى إبراز أهمية هذا الارتباط في تفجير بعض الأمراض النفجسمية أو حتى الأمراض التي لم يعرف لها سببا لحد الآن، إذ كثيرا ما يتم تبيان عوامل تفجيرية تشترك في ظهور المرض مثلما هو الحال بالنسبة لمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، موضوع دراستنا.

و لأن عامل الضغط النفسي يشكل إحدى هذه العوامل إن لم نقل أهم عامل، بيّن العلماء حساسية مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي للضغط النفسي **بارنار**(1984) **Barnard** إذ تبين أنهم يشعرون ببعض الأحاسيس السلبية نتيجة المعاناة النفسية الراجعة إلى عدم تحمل الإصابة بمرض مزمن كمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي **ماركوفيتش** (1993) **Markovitz**، و أن عملية إلزامهم بتناول الأدوية طوال الحياة تزيد من شعورهم بالضغط النفسي.

أظهر العلماء سلوكا خصوصيا يظهر عند مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي هو سلوك إهمال العلاج الطبي الذي يترجم بتصرفات خاصة مثل: عدم أخذ الدواء في أوقاته المحددة أو نسيان الدواء الموصوف أو الرفض التام للدواء. **برجمان** (2002) **Bergman** و هذا ما يؤدي إلى عواقب وخيمة و تعقيدات تدفع بصاحبها إلى الشعور بضغط نفسي أكبر و هذا راجع إلى تفاقم عدد الأعراض المرضية مما يزيد من خطورة المرض من جهة أخرى، فإن هذا السلوك الخصوصي المتمثل في إهمال العلاج الطبّي و عدم المواظبة عليه لا يظهر عند جميع المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.

و هذا ما دفعنا إلى طرح الإشكالية الحالية إذ اخترنا تجاوز كل المتغيرات التي لها علاقة بالمستوى الاقتصادي الاجتماعي لأفراد العينة و ذلك لإمكانية التحكم في ما إذا كان ضعف مستوى المعيشة يؤدي إلى ظهور سلوك إهمال العلاج الطبّي لأن المرضى ذوي الدخل الاقتصادي البسيط جدا كثيرًا ما يرفضون شراء الدواء.

و إسنادا إلى كل ما سبق، نطرح الأسئلة التالية:

1 -هل هناك فروق بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الطبي و مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج الطبّي فيما يخص إدراك الضغط النفسي؟

2 -هل هناك فروق دالة بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الطبي و مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج الطبّي فيما يخص الشعور بالقلق؟

3 -هل هناك فروق دالة بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الطبي و مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج الطبّي فيما يخص مشاعر الاكتئاب؟

4 -هل هناك فروق دالة بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الطبي و مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج الطبّي فيما يخص استعمال أساليب المقاومة؟

و من هنا،تم صياغة الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى:

هناك فروق بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الطبي و مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج الطبّي فيما يخص إدراك الضغط النفسي.

الفرضية الثانية:

هناك فروق دالة بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الطبي و مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج الطبّي فيما يخص الشعور بالقلق.

الفرضية الثالثة:

هناك فروق دالة بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الطبي و مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج الطبّي فيما يخص مشاعر الاكتئاب.

الفرضية الرابعة:

هناك فروق دالة بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الطبي و مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج الطبّي فيما يخص استعمال أساليب المقاومة.

الفصل الأول

مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي

تمهيد

مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي HYPERTENTION ARTERIELLE ESSENTIELLE أو ما يسمى كذلك بمرض ارتفاع الضغط الشرياني البدائي: HYPERTENTION ARTERIELLE PRIMITIVE

و هو ذلك النوع من ارتفاع الضغط الشرياني الذي لا يعرف له سببا لحد الآن حيث يؤكد **زنشيتي** **ZANCHITTI** بأن البحث عن أسباب هذا المرض يعدّ هاما خاصة في عملية التشخيص و بالتالي العلاج إذ يبقى هذا الأخير أعراضيا بما أن العوامل المساعدة على ظهوره و المتفق عليها تعتبر مفجرة فقط FACTEURS DECLANCHANTS.

يشكل مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي أكثر من 90 % من مجموع حالات مرض ارتفاع الضغط الشرياني في حين تشكل نسبة 10 % الباقية حالات مرض ارتفاع الضغط الشرياني الثانوي الذي تعدّ أسبابه معروفة.

لقد استقطب مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي اهتمام الأطباء و الباحثين في ميدان علم النفس العيادي، حيث اهتم هؤلاء بمعرفة دور الضغط النفسي الاجتماعي في تفجير المرض أو التسبب في تفاقمه مما أدى بهم إلى الاهتمام بشخصية المريض و بالتالي محاولة وضع برامج علاجية نفسية أثبتت فعاليتها في الميدان.

و للتعرف عن مرض ارتفاع الضغط الشرياني بصفة عامة، لابد لنا من استعراض بعض المفاهيم الأساسية مثل: مفهوم الضغط الشرياني، كيفية قياسه و أرقام الضغط المتفق عليها عالميا و الهدف هو تسهيل الفهم و رفع الالتباس لتمكين القارئ من التعود على المفاهيم الطبية الأساسية التي بدونها لا يمكن دراسة أي مرض جسمي.

و قبل هذا كان لا بد علينا من استعراض دور الأطباء و الباحثين القدامى في ميدان البحث عن العوامل التفجيرية لمرض ارتفاع الضغط الشرياني.

و نبرز في هذا البحث الأثر الكبير الذي تركه أب الطب العلاّمة ابن سينا الذي أبهر الإنسانية بأبحاثه في ميدان الطب خاصّة إذ تميزت هذه الأخيرة بالمنطق و حدة التفكير و المنهجية العلمية الثابتة.

1 - نبذة تاريخية عن مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي:

سيطر الاعتقاد القائل بأن القلب هو مركز الوجدان و العنصر الأساسي في الجسم منذ عصور، حيث اعتقد الأطباء القدامى بأن أي تلف يصيب وظيفة القلب يعتبر أبديا و لا يمكن تجاوزه أو إصلاحه.

فمذ ألفي سنة خلت، اعتقد **هيبوقراط** **Hippocrate** بأن أي خلل يصيب القلب يعتبر خطيرا و لا يمكن أبدا إنقاذ صاحبه من الموت المؤكد في حين أكد أرسطو Aristote بأن القلب هو العنصر الوحيد الذي لا يحتمل الإصابة بالمرض. و استمر هذا الاعتقاد في السيطرة على عقول الأطباء منذ عشرين قرنا حيث لم يجرا أي طبيب على المساس بهذا العضو الشريف Organe Noble.

لكن هذا لم يمنعهم من البحث و التنقيب في وضيفة القلب و دوره في الجسم حيث اعتقد **قالين** **Galien** بأن وظيفة القلب تكمن في السماح للدم بالاحتفاظ بفتورته Tiédeur كما أكد بأن الدم يسير عبر الجسم من خلال حركات تشبه كثيرا حركات الأمواج، و كان الفضل للطبيب الإنجليزي **وليام هارفي** **William Harvey** 1578. (1657) في اكتشاف الدورة الدموية إذ دوّن ملاحظاته القيّمة في كتاب ترجم إلى اللاتينية يحمل عنوان: "SANGUINS IN ANIMLIBUS ANATOMICA" DE NOTRE CORDIS ET EXERCITATIO " "حركات القلب و الدم عند الحيوان".

و أحدث هذا الكتاب ضجة كبيرة حيث أعاد النظر في المعتقدات الخاطئة التي سادت منذ زمن طويل و التي دفعت الدكتور **هارفي** إلى الثوران و الغضب محاولا في ذلك إقناع المجالس الطبية بموضوعية اكتشافاته و بأسسها المنطقية. و كان أول من اكتشف بأن القلب يخفق لأنه يعمل على بعث الدم إلى أجزاء الجسم، كما تمكن من التعرف على المسار الصحيح للدم حيث أكد على أنه يبعث عبر الشرايين و لا يعود إلى القلب بفضل الحواجز الموجودة في هذا الأخير التي تمنع الدم من العودة إليه بعد بعثه، و قد أكد بأن الدم الذي يعود إلى القلب ينقل عبر طريق آخر مختلف أي عبر الأوعية و ليس عبر الشرايين.

و استمر هذا البحث في اكتشافاته الهامة حيث أكد بأن الدم يصل إلى كل أجزاء الجسم و حتى الأجزاء الصغيرة منه. و رغم دقة ملاحظاته، إلا أنه لم يتمكن من التعرف على دور الشرايين الصغيرة و الرقيقة جدا التي توجد داخل الأنسجة و بالتالي لم يتمكن من تفهم ميكانيزم استبدال الدم النقي المزود بمادة الأكسجين O_2 بالدم الملوث المزود بمادة الكربون CO_2، و ذلك لعدم توفير جهاز المجهر الذي كان لم يكتشف بعد في تلك الآونة.

و اهتم الأطباء بميكانيزمات دقات القلب و محاولة تطوير الفحص الطبي فمن الطريقة القديمة التي كان يستعملها **هيبوقراط** و التي تتمثل في وضع الأذن على الصدر مباشرة، انتقلت الأبحاث العلمية التي قام بها الدكتور روني لايناك RENE LAENNEK 1816 من الطريقة القديمة غير العلمية للفحص إلى الطريقة الأكثر حداثة حيث اقترح الفحص عن طريق استعمال الأداة و ذلك باللجوء في بادئ الأمر إلى أنبوب CYLINDRE من الورق يوضع على الصدر من الجهة التي يتواجد فيها القلب ثم توضع الأذن على الأنبوب الورقي لسماع دقات القلب. بعد ذلك طور هذا الباحث تقنيته إذ لجأ إلى أنبوب مصنوع من الحطب الخفيف للتمكن من الاستماع الدقيق لدقات القلب.

و كان **البابا ستيفن هالس STEPHAN HALS** في القرن 18، قد أبدى اهتماماته في ميدان الطب و خاصة بعد اكتشاف الدورة الدموية من طرف **وليام هارفي**، وأقدم **هالس** على تجربة تركت آثارها في التاريخ و كانت بمثابة المنطلق الأول للأبحاث الخاصة بارتفاع الضغط الشرياني،إذ أدخل هذا العالم أنبوب من نحاس في رقبة حصانه بعد أن قام بإلقائه على الأرض، و وضع في مؤخرة الأنبوب النحاسي أنبوبا من الزجاج ثم لاحظ مستعجبا

صعود دم الحصان إلى ارتفاع يفوق 2.51 متر و بما أن الحيوان كان شديد التوتر بفعل هذه التجربة، كانت ضربات قلبه تزداد عددا في الدقيقة الواحدة، و كان الدم في الأنبوب يصعد و ينزل تبعا لدقات القلب.

انطلاقا من هذه التجربة، استنتج **البابا هالس** بأنه للتمكن من قياس ضغط الدم، لابد أولا من التوقيف المؤقت لعملية سير الدم.

و لقد قامت تجارب هذا الباحث بتبيان أثر التوتر في إحداث ارتفاع ضغط الدم بعد أن لاحظ حالة الارتباك و الخوف التي كان عليها حصانه، الذي سرعان ما عاد إلى حالة الهدوء بعد انتهاء التجربة.

انطلقت الأبحاث بعد ذلك اعتمادا على النتائج التي توصّل إليها **البابا هالس** و التي كانت محل اهتمام المجتمع الملكي Royal society آنذاك. و استمر العلماء في البحث عن دور الضغط النفسي Stress في إحداث أو التأثير على الإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي حيث اهتموا بدراسة رد فعل الأشخاص من حيث مراقبة ضغطهم الدموي و هم يتواجدون في عيادة الطبيب إذ طوروا ما يسمى ب: تناذر المئزر الأبيض WHITE COAT SYNDROM .

1 - 1 ابن سينا الطبيب و العالم

في شهر صفر من عام 370 للهجرة الموافق ل 980 ميلادي ولد أبو علي الحسين بن عبد الله بن علي ابن سينا، و الذي خلف تراثا ضخما في الطب و الفلسفة إلى جانب المنطق و الأدب و الشعر و الرياضيات و الهندسة و الموسيقى.

أحس ابن سينا منذ صغره، بدافع قوي إلى علم الطب، فشرع في قراءة الكتب المصنفة فيه، منطلقا من المبادئ الفلسفية إذ تأثر بالفيلسوف "أرسطو" و تعمق في كتابه "ما بعد الطبيعة "، ثم لم يلبث أن دخل ميدان التطبيق العلمي لعلم الطب، فإذا به ينتقل في معالجة مرضاه من نجاح إلى نجاح، حتى ذاع صيته و اتسعت شهرته و ازدادت ثقته بنفسه.

لقد درس ابن سينا الطب كامتداد للفلسفة، و اعتبر الإنسان قمة الموجودات و أعظم ما صنعت يد الخالق، حيث أهم ما في طب ابن سينا هو تلك الرؤية الفلسفية للإنسان، المصنفة بالشمولية. و الإنسان وحدة مادية و روحية غير قابلة للفسخ و التجزئة، فالروح و الجسد يؤلفان الكل الواحد و فصل الواحد عن الآخر ليس ممكنا ذلك لأن علم الجسد مرتبطا ارتباطا وثيقا بعلم الروح.

1 2 - ***فضل ابن سينا في دراسة مرض ارتفاع الضغط الشرياني***

اهتم ابن سينا بدراسة أمراض القلب و منها مرض ارتفاع الضغط الشرياني حيث اعتبر القلب العضو الأساسي في الجسم و درس دقاته و تغيرها و ربط ذلك بالمزاج و أكد بأن ارتفاع الضغط الشرياني ما هو إلا نتيجة لخلل في وضيفة الجسد في علاقته مع النفس، حيث اعتمد ابن سينا في دراسته الطبية على المبادئ:

- **الأركان:** حيث يعتبر ابن سينا جميع الموجودات بما فيها الإنسان مركبة من العناصر الأربعة: التراب و الهواء و الماء و النار، فالماء و التراب يؤلفان المادة بينما يشكل الهواء و النار الروح.
- **الكيفيات:** للعناصر الأربعة كيفيات أي صفات أو خصائص أربع هي اليبوسة و الرطوبة و البرودة و السخونة.
- **المزاج:** هذا المزاج يتكون مزج للكيفيات الأربع للعناصر و نتيجة لتفاعلها، فالمزاج يكون صحيحا عندما تكون الكيفيات المضادة أو العكس في حالة توازن أو تعديل، فهذا التعادل هو الاعتدال أي الصحة أم عدم التعادل بين الكيفيات العكسية فهو انحراف المزاج أي المرض و ليست معالجة المرض إلا محاولة الرجوع بانحراف المزاج إلى حالة الاعتدال.

- **الأخلاط:** إن الكيفيات الأربع تجتمع و تعمل معا لتؤلف سوائل الجسد التي هي الأخلاط،و الأخلاط ثلاثة:

- المجاري و مصدرها الكلى.
- المرة السوداء و مصدرها الطحال.
- الدم و مصدره القلب و الكبد.
- البلعوم و مصدره المعدة.

- **القوى:** يقوم الجسد بوظائف أو أفعال عديدة و تهيمن على هذه الوظائف قوى أو طاقات، و هناك ثلاث قوى:

1- **القوى الحيوانية**: و هي تضبط حركات القلب و النفس (الروح) و الإحساس
2- **القوة الطبيعية:** و هي مسؤولة عن تنظيم وظائف الكبد الغذائية و عن عملية التناسل و الجنس.
3- **القوة الحيوانية العقلية :** وهي تضبط الدماغ و العقل و يعتبر ابن سينا القلب كمصدر لجميع هذه القوى التي تشكل بدورها النفس.

- **الأعضاء:** و هي أربعة: القلب و الكبد و الدماغ و الأعضاء التناسلية، أما المحرك الأول و مصدر الحياة فهو القلب.

لقد أولى ابن سينا أهمية كبرى للقلب كعضو أساسي في الجسم و اهتم بالأمراض التي تصيبه معتمدا في ذلك على مبدأ السببية قائلا بأن لكل داء سبب و أكد على أهمية الوقاية إذ بحث في كيفية انتقال الأمراض و العدوى معتمدا على الملاحظة و الاختبار و التجربة، كما أولى أهمية كبيرة للعوامل النفسية و علاقتها بالأمراض حيث تعمق في فهم العلاقة بين الجسد و النفس و أوضح بدقة كيف أن العوامل النفسية تؤثر على أعضاء الجسد حيث تعمق في دراسة النبض و أوضح كيف تتحكم العوامل النفسية كالقلق بسرعته و انتظامه، كما اهتم بدراسة الضغط الشرياني و علاقته بحالة القلق و الاكتئاب، معتبرا في ذلك الجسد جزءًا من الكل و قائلا بأن الطب الذي يعني بالجسد وحده يعني جزءًا من الإنسان فقط و يكون طبا ناقصا.

2 - تعريف مرض ارتفاع الضغط الشرياني:

2 - 1 المضخة القلبية La pompe cardiaque:

يعتبر القلب آلة في غاية الدقة يصل وزنها إلى 250 حتى 300 غرام، دوره أساسي و هام جدا حيث يضمن حسن سير عملية توزيع الدم إلى أجزاء الجسم و ذلك بمرونة تثير الدهشة و الإعجاب. تتكون هذه المضخة من أربعة (4) غرف Cavité، اثنتان منها على الجهة اليمنى و اثنتان على الجهة اليسرى، منفصلة فيما بينها بحاجز غير نفوذ Cloison étanche تسمى الغرفتان الأفقيتان ب: الأذينات Oreillettes و يتمثل دورهما في استقبال الدم، أما الغرفتان السفليتان و التي تسمى ب: البطينات Ventricules فهي تتقلص بشدة و بقوة كبرى بهدف دفع الدم إلى كل أجزاء الجسم.

يمر الدم من الأذين إلى البطين و ذلك من الناحية اليمنى و من الناحية اليسرى للقلب علما بأن مرور الدم تكون عبر الفتحة الأذنية – البطنية Orifice Auriculo-ventriculaire التي تحتوي على صمامه Valve تتمتع بمرونة كبيرة حيث تسمح بمرور الدم أو بعدم مروره و ذلك عن طريق حركات الفتح و الغلق، و لا بد من الذكر بأن مرور الدم يكون فقط من الأذين إلى البطين و ليس العكس.

يحتوي القلب على فتحتين إضافيتين، تفصل الأولى بين البطين الأيسر و الشريان الأبهر Artère aorte الذي يكمن دوره في نقل الدم عبر كل أجزاء الجسم و تسمى هذه الفتحة ب: الفتحة القلبية Orifice aortique أما الفتحة الثانية، فهي التي تفصل البطين الأيمن عن الشريان الرئوي Artère pulmonaire و الذي يتمثل دوره في نقل الدم الملوث إلى الرئتين و تسمى هاته الفتحة ب: الفتحة الرئوية Orifice pulmonaire ، و تتميز الفتحتين بقدرة كبيرة على التحكم في عملية سير الدم في اتجاه واحد و منعه بالتالي من الرجوع إلى القلب بعد أن تم قذفه إلى أجزاء الجسم.

2 - 2 محتويات الدم Les composants du sang:

يحتوي جسم الإنسان على أربعة إلى ستة لترات من الدم مشكلا 14/1 من وزن الجسم، يحتوي الدم على عناصر عديدة هي:

2-2-1- _سائل البلازما Plasma:_ لونه بني فاتح، يحتوي على بروتينات، أملاح معدنية، مادة الكلسترول، مادة الغلوكوز، مادة الزيوت و هرمونات.

2-2-2- كريات الحمراء Globules Rouges: و هي التي تعطي اللون الأحمر للسائل البني و تحتوي على مادة الهيموقلوبين Hémoglobine التي لها القدرة على نقل مادة الأوكسجين.

2-2-3- كريات البيضاء Globules Blancs: حجمها أكبر من الكريات الحمراء و يتمثل دورها في الدفاع عن الجسم ضد المكروبات و التعفنات.

تحتوي كمية واحد مليمتر مكعب (1 مم^3) من الدم تقريبا على خمسة ملايين من الكريات الحمراء، و عشرة آلاف كرية بيضاء.

الدورة الدموية La circulation sanguine:

يخفق القلب بنسبة تصل إلى 100000 مرة في اليوم الواحد و يقوم بقذف حوالي خمسة لترات من الدم عبر الجسم و ذلك في الدقيقة الواحدة كما أنه يقوم بتصفية تقريبا 7000 لتر من الدم خلال أربعة و عشرون ساعة.

يمر الدم النقي أي الدم المزود بمادة الأوكسجين O_2 و الذي يكون لونه أحمر من البطين الأيسر إلى كل أجزاء الجسم و ذلك عبر الشريان الأبهر الذي يقوم بدوره بتوزيع كمية الدم المناسبة على الأنسجة و الخلايا بفضل الشرايين الصغيرة جدا الموجودة داخل أعضاء الجسم و التي تتمتع بقدرة كبيرة على التغلغل لإيصال الدم.

هذه العملية مهمة جدا حيث يضمن تزويد خلايا الجسم بمادة الأوكسجين و بالمواد الغذائية الموجودة في الدم.

تستعمل الخلايا هاته المواد المفيدة جدا لها و تستبدلها بمادة الكربون Anhydride Carbonique (CO_2) و بفضلات أخرى فيصبح لون الدم حينئذ داكن أو ما يسمى:الدم الوعائي Sang veineux أو الدم الأسود الذي يتم نقله إلى القلب عبر الأوعية الدموية.
و تكون أول محطة له الأذين الأيمن الذي يقوم ببعثه إلى البطين الأيمن و الذي يقوم بدوره

ببعثه إلى الشريان الرئوي عبر الفتحة الرئوية. يقوم الشريان الرئوي إثر ذلك ببعث الدم الملوث إلى الرئتين و هنا يتم تزويد الدم بمادة الأوكسجين التي تدخل إلى الرئتين بفضل عملية التنفس كذلك.

و من هنا تعاد العملية إذ يتم نقل الدم النقي عبر الأوعية الرئوية و إيصاله إلى القلب، حيث تكون المحطة الأولى له: الأذين الأيسر الذي تقوم ببعثه إلى البطين الأيسر ثم أخيرا إلى كل أجزاء الجسم

2 3 - ***تعريف الضغط الشرياني:***

الضغط الشرياني هو ذلك الاندفاع الذي يحده مرور الدم عبر الشرايين. ضغط الدم ضروري لعملية سير الدم و وصوله إلى كل أجزاء الجسم و العضو الأساسي في هاته العملية هو القلب الذي يعمل كمضخة و بالتالي فهو يحتاج إلى وجود ضغط نسبي Pression .

نتكلم عن ضغط الدم لنقصد به تلك المرونة العادية للشرايين و التي تعتبر ضرورية جدا في مساعدة الدم على المرور حيث أنه بعد كل اندفاع يتسع الشريان أمام تدفق الدم ثم يعود إلى وضعه الطبيعي. دور الشرايين إذن مهم جدا في عملية مساعدة الدم على التنقل عبر كل أجزاء الجسم، و تعتبر مرونة الشرايين الشرط الأساسي لحسن سير هذه العملية فلا ينبغي أن يكون الشريان صلبا لأن هذا سيعمل على إتعاب القلب بالتدريج و يمكن للضغط الشرياني أن يرتفع بشكل معتبر أثناء النشاط الرياضي مثلا أو جهد عضلي كما يمكنه أن ينخفض بشكل معتبر أثناء النوم و هذا شيء طبيعي جدا.

2 4 - ***قياس الضغط الشرياني:***

يتم قياس الضغط الشرياني في ظروف معينة حيث يستلزم لنجاح هاته العملية أن يكون الشخص مستلقيا أو جالسا و في أتم الهدوء، و يستعمل لذلك جهاز خاص و هو: جهاز قياس الضغط الشرياني Le Sphygmomanomètre، و هو عبارة عن آلة متكونة من عدة أجزاء و هي:

- آلة مرقمة زئبقية Manomètre à Mercure تمكن الطبيب من تسجيل أرقام الضغط.
- شريط ذراعي مضخخ Brassard مزود بجزء مطاطي على شكل أجاصي.

- سماعة Stéthoscope.

يقوم الطبيب بلف الشريط على ذراع المريض و ذلك بشكل دائري ثم يقوم بتثبيته و ملأه إثر ذلك بالهواء و ذلك عن طريق حركات ضغط ميكانيكية Pression Mécanique يدوية على الجزء المطاطي المرتبط بالشريط، و القصد من هذا هو الإيقاف المؤقت لسير الدم و ذلك للتمكن من السيطرة الزمنية المؤقتة على عملية سير الدم و بالتالي التمكن من تسجيل أرقام الضغط.

و يستعين الطبيب بحاسة السمع في ذلك بفضل السماعة و يتم تسجيل أرقام الضغط عن طريق الإفراغ التدريجي للشريط الذراعي من الهواء و السماح بذلك باستئناف عملية سير الدم، و هنا يمكن للطبيب أن يسمع أيضا نبضا يتمثل في الحد الأقصى لضغط الدم Pression Systolique كما يسجل الجهاز في هاته الآونة الرقم الموافق لذلك chiffre tensionnel، و بما أن عملية مرور الدم تستمر عبر الشريان في نفس الوقت الذي يستمر في الحد الأدنى لضغط الدم Pression Diastolique . و يتمثل الحد الأقصى لضغط الدم في تقلص بطين القلب Ventricule و ذلك لبعث الدم عبر الشرايين، بينما يتمثل الحد الأدنى لضغط الدم في استرخاء القلب ليعيد عملية الملأ أي مرور الدم من الأذين إلى البطين ثم انتقاله إلى أجزاء الجسم.

2 5 - شروط قياس الضغط الشرياني:

إن قياس الضغط الشرياني يعتبر عملية دقيقة تحتاج إلى توفر شروط معينة لكي تتم في ظروف إيجابية، و تتمثل هاته الشروط في:

2-6-1- ***جهاز قياس الضغط الشرياني Le Sphygmomanomètre:***

إن قياس أرقام الضغط يمكن أن يكون خاطئا و قد يدلي الطبيب برقم غير صحيح يؤدي به أحيانا إلى تشخيص مرض ارتفاع الضغط الشرياني بدون أن يكون هناك وجود له و هذا راجعا إلى:

- عطل في الجهاز.
- قياسات الشريط الذراعي المضخخ التابع للجهاز Brassard حيث تعتبر هامة جدا إذ يشترط أن يكون الشريط مناسبا لحجم الذراع لهذا يستلزم توفر عدة أشرطة ذات أحجام مختلفة و ذلك لكي تتلاءم مع الأطفال و الراشدين الذين يعانون السمنة.

2-6-2- الفاحص Examinateur:

يشترط أن يكون الفاحص ذو علم بتقنيات قياس الضغط الشرياني و قد يكون طبيبا أو ممرضا. و يشترط لدى الفاحص السرعة في القياس و القدرة على التنسيق بين حاسة السمع عن طريق آلة الستيتوسكوب Stéthoscope و حاسة النظر للأرقام المسجلة في نفس الوقت على آلة تسجيل أرقام الضغط Manomètre a Mercure.

2-6-3- الإطار Cadre:

يشترط أن يتم قياس أرقام الضغط في مكان:

- يكون مريحا و مطمئنا.
- حرارته لا تتعدى 21 درجة، إذ أن الحرارة المنخفضة تؤدي إلى ارتفاع الضغط الشرياني، كما تؤدي درجة الحرارة المرتفعة إلى خفقان القلب.
- هادئ خال من الأصوات المزعجة و ذلك لتمكين الطبيب من سماع الأصوات التي يحدثها مرور الدم عبر الشريان و التأكد من صحتها.

2 6 - أرقام الضغط الشرياني:

2-7-1- ***أرقام الضغط الشرياني العادي:***

اتفقت المنظمة العالمية للصحة (Organisation Mondiale De la Santé OMS)على تحديد أرقام الضغط الشرياني العادي استنادا إلى معايير السن و الجنس.

و جاء التقسيم كالتالي:

2-7-1-1- الأطفال ما بين 0 – 1 سنة:

الضغط الشرياني يكون أقل من 10 سم زئبق.

ض . ش 10 سم . ز

2-7-1-2-***الأطفال ما بين 0 – 1 سنة:***

الضغط الشرياني يكون أقل او يساوي 12 سم زئبق بالنسبة للحد الأقصى، و أقل أو يساوي 7 سم زئبق بالنسبة للحد الأدنى.

ض . ش 12- 7 سم . ز

2-7-1-3- الراشدين ما بين 35 – 40 سنة:

- **الرجال:** الضغط الشرياني يكون أقل أو يساوي 14 سم زئبق بالنسبة للحد الأقصى، أما بالنسبة للحد الأدنى فتتراوح أرقام الضغط ما بين 8 إلى 8,5 سم زئبق.

ض . ش 14 – 8,5 – 8 سم . ز

- **النساء:** الضغط الشرياني يكون أقل أو يساوي 13,5 سم زئبق بالنسبة للحد الأقصى، أما فيما يخص الحد الأدنى فتتراوح أرقام الضغط ما بين 7,5- 8,5 سم زئبق.

ض . ش 13,5 – 8 – 7,5 سم . ز

2-8-*أرقام ارتفاع الضغط الشرياني:*

اتفقت المنظمة العالمية للصحة (OMS) على تحديد معايير ارتفاع الضغط الشرياني استنادا إلى ما يلي:

- يعتبر الشخص مريضا بارتفاع الضغط الشرياني عندما يبلغ الحد الأقصى للضغط Maxima أو يزيد عن 16 سم.ز في حين يصل الحد الأدنى للضغط Minima أو يزيد عن 9,5 سم.ز.

ض . ش مرتفع 16 – 9,5 سم . ز

2-9- تصنيف الضغط الشرياني حسب ارتفاع أرقام الضغط:

2-9-1 - ارتفاع الضغط الشرياني المتغير Hypertension artérielle labile:

تتغير أرقام الضغط الشرياني بشكل مفاجئ حيث تكون غير ثابتة على الإطلاق و تؤدي إلى إتعاب القلب بالتدريج.

2-9-2- ارتفاع الضغط الشرياني الخفيف Hypertension artérielle modérée:

أرقام الحد الأدنى في هذا الصنف أقل من 11 سم.ز، مع العلم أن هذا النوع لا يؤدي إلى مضاعفات خطيرة.

2-9-3- ارتفاع الضغط الشرياني القاسي Hypertension artérielle sévère:

تتراوح أرقام الحد الأدنى ما بين 11 إلى 14 سم.ز، مع وجود مضاعفات على مستوى القلب و الكلى.

2-9-4- ارتفاع الضغط الشرياني الخطير Hypertension artérielle maligne:

تصل أرقام الحد الأدنى في هذا الصنف إلى 14 سم.ز و يؤدي هذا الصنف من ارتفاع الضغط الشرياني إلى مضاعفات عديدة و خطيرة و تعتبر من الحالات الطبية المستعجلة.

3 - *أعراض مرض ارتفاع الضغط الشرياني:*

إن ارتفاع ضغط الدم بصفة مستمرة و دائمة تجعل الشرايين تتقلص من جراء التعب و المجهودات المبذولة للحفاظ على عملية سير الدم حيث كثيرا ما تفوق هاته المجهودات طاقتها.

فقد يحدث أن يشتكي بعض الأشخاص من نرفزة، من خفقان القلب، من أوجاع صدرية من دوران أو أوجاع الرأس و قد يشعرون بضيق نفسي و جسمي، لكن هاته الحالة قد لا تثير انتباههم لأن هاته الأعراض ليست خصوصية لمرض ارتفاع الضغط الشرياني.

لهذا السبب ينصح الأطباء عامة الناس بالتوجه إلى مصالح أمراض القلب Service de Cardiologie للتأكد من احتمال الإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني، و ذلك في حالة ما إذا تعرضوا لواحد من الأعراض التالية:

1. انتفاخ الكعبين Gonflement des cheville خاصة إذا كان بصفة و مثيرة للانتباه.
2. أوجاع في منطقة الصدر Douleur thoracique أو شعور بالضغط Sensation de Pression يمكن أن يصل إلى منطقة الرقبة، ثم الكتف الأيسر فالذراع الأيسر فاليد اليسرى.
3. دوران و دوخة Vertige.
4. اضطرابات الكلام Troubles d’Elocution.
5. فشل في الرجلين و الذراعين Faiblesse Musculaire des Membres.
6. صعوبة في المشي Difficulté de Locomotion.
7. تقلص عضلي على مستوى الرجلين تجبر صاحبها على التوقف في حالة المشي Claudications Intermittentes.
8. تصبب العرق بصفة مثيرة للانتباه Hyper Sudation.
9. شعور بالضيق Dyspnée.
10. التوتر Anxiété.

بعد تأكد الطبيب من وجود أعراض مرض ارتفاع الضغط الشرياني، لابد بعد ذلك من الانتقال إلى المرحلة الموالية و هي مرحلة تقييم الحالة الصحية للمريض و تعتبر أهم مرحلة لأنها تسمح بالتشخيص الفعلي للمرض و بالتالي الانطلاق الفعلي للعملية العلاجية.

4 - ***تقييم الحياة الصحية للمريض بارتفاع الضغط الشرياني:***

إن عملية تشخيص ارتفاع الضغط الشرياني ليست بالأمر السهل فلا يمكن وصف علاج كيماوي إذا لم يتم التأكد من أن ارتفاع الضغط الشرياني لدى المريض يتصف بالبقاء Persistance و يشترط لتشخيص ارتفاع الضغط الشرياني ما يلي:

- **الشرط 1 :** خضوع المريض لثلاثة قياسات للضغط الشرياني.
- **الشرط 2 :** ضرورة إجراء قياسات للضغط الشرياني في مدتين زمنيتين مختلفتين.

بعد التأكد من التشخيص الرقمي Diagnostic par Chiffre لارتفاع الضغط الشرياني الدائم، يقوم الطبيب بالتباع الخطوات التالية للتأكد الفعلي و النهائي من الإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني:

- **الخطوة الأولى:** إبلاغ المريض.
- **الخطوة الثانية:** تقييم مدى خطورة مرض ارتفاع الضغط الشرياني (نسبة الخطورة).
- **الخطوة الثالثة:** البحث عن أسباب مرض ارتفاع الضغط الشرياني لدى المريض.

4 - 1 ***الخطوة الأولى: إبلاغ المريض:***

من الضروري أن تكون العلاقة "طبيب – مريض" طيبة حيث يعتبر هذا العامل شرطا أساسيا يعمل على تسهيل عملية التعاون الإيجابي بين الطرفين. كما تعتمد هذه العلاقة على الحوار الصحيح و الاتصال الفعلي الذي يسمح للمريض بطرح الأسئلة التي تجول في خاطره، كما يسمح للطبيب بإعطاء النصيحة و إفادة مريضه بالإرشادات الضرورية التي إذا ما اتبعها هذا الأخير بصفة منتظمة و بدون إهمال يكون قد ضمن الوقاية من المضاعفات الخطيرة لهذا المرض.

لهذا يعمل الطبيب على إبلاغ المريض بطبيعة مرضه و إمداده بكل المعلومات التي تهمه و يؤكد **قروس Gross** 1986 بأن هاته العملية ضرورية و هامة و لا يمكن الاستغناء عنها مهما كانت طبيعة المرض و لكنها تكتسي أهمية قصوى بالنسبة لمرض ارتفاع الضغط الشرياني الذي يعتبر مرضا مزمنا يستمر طوال الحياة و يستلزم من صاحبه تتبع الدواء بصفة دائمة و غير منقطعة، فلابد إذا من إبلاغه بأهمية تناول الأدوية بانتظام و بالأخطار التي يمكن أن يتعرض لها إذا ما أهمل العلاج الكيمائي.

4 2 - _الخطوة الثانية: تقييم مدى خطورة مرض ارتفاع الضغط الشرياني:_

يتم عامة تقييم مدى خطورة مرض ارتفاع الضغط الشرياني عن طريق وضع الحالة المرضية المدروسة ضمن واحد من مستويات الخطورة التالية:

4-2-1 المستوى الأول: عدم وجود أية علامة لإصابة عضوية.

4-2-2- المستوى الثاني: يتميز بظهور إصابات عضوية على مستوى القلب و الشرايين.

4-2-3- المستوى الثالث: وجود إصابات متقدمة على مستوى القلب أو المخ أو الكلى أو العينين.

و تعتمد هذه الخطوة على الفحص الخارجي الأولي للمريض الذي يعتمد عليه في الخطوة الموالية لتحديد أسباب المرض.

4 3 - _الخطوة الثالثة: البحث عن أسباب:_

و تحتوي هذه الخطوة على ثلاث مراحل:

4-3-1- المرحلة الأولى: يتم في هذه المرحلة طرح أسئلة دقيقة على المريض، و هي بمثابة تاريخ الحالة Anamnèse، و تدور الأسئلة حول:

- السوابق العائلية لمرض ارتفاع الضغط الشرياني و الأمراض القلبية و الهدف من هذا السؤال هو تحديد العامل الوراثي في الإصابة بالمرض.
- السوابق العائلية و الشخصية فيما يخص مرض السكري، علما بان مرض السكري يعمل تدريجيا على إتلاف الشرايين محدثا بذلك إصابة مؤكدة بمرض

ارتفاع الضغط الشرياني و ذلك بعد مدة تتراوح بين خمس إلى عشر سنوات من الإصابة بمرض السكري، كما يؤكد ذلك البروفيسور منصوري Mansori (1992).

- السوابق العائلية فيما يخص العادات الأكلية و خاصة الإكثار من تناول المواد الدسمة و مادة الملح.
- المبالغة في التدخين.
- السمنة.
- عدم ممارسة الرياضة.
- شخصية قابلة للنرفزة، شديدة الانفعال و الإثارة.
- خصائص المحيط الذي يعيش فيه المريض.
- السوابق العائلية للإصابة بمرض كلوي، نظرا لأن إصابة الكلى تعد من الأسباب المؤدية إلى الإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الثانوي.
- تناول أدوية خاصة ذات مفعول على ارتفاع الضغط الشرياني.
- تصبب العرق بصفة مثيرة للانتباه.
- أوجاع الرأس.
- التوتر.
- التعب العضلي.
- وجود إصابات عضوية خاصة على مستوى العينين و المخ و يتم الاستفسار عن مدى تواجد أوجاع الرأس، الدوخة و اضطرابات النظر لدى المريض.
- وجود إصابة عضوية على مستوى القلب: و يتم الاستفسار عن مدى إحساس المريض بخفقان القلب، بأوجاع الصدر، بصعوبة في التنفس و بانتفاخ الكعبين.
- وجود إصابات على مستوى الكلى: و يتم الاستفسار عن مدى الإفراط في التبول polyurie، الإفراط في التبول الليلي Nycturie، و وجود الدم في البول Hématurie.

4-3-3- المرحلة الثانية: الفحص الجسدي:

و يتم فيها الفحص الدقيق لأجزاء الجسم التي تكون لها علاقة مباشرة بارتفاع الضغط الشرياني و هي:

- القلب.
- المخ (البحث عن العلامات الخارجية للاضطرابات).
- العينين.
- الكلى.

4-3-3- المرحلة الثالثة:التحاليل المخبرية و الأشعة:

من الضروري أن يتبع الفحص الجسدي بتحاليل مخبرية يصفها الطبيب للمريض و هي أساسا:

- التحاليل البولية.
- تحاليل خاصة بوظيفة الكلى.
- تركيز الملح في الدم.
- تركيز الكولسترول في الدم.
- تركيز السكر في الدم.

هذا بالإضافة إلى ضرورة القيام ببعض الأشعة مثل:

- **أشعة الصدر:** و تكمن أهميتها في معرفة شكل القلب و تبيان احتمال وجود تشوه خلقي.
- **مخطط القلب Electrocardiogramme:** الذي يمكّن الطبيب من التعرف على علامات الإصابة القلبية الراجعة إلى ارتفاع الضغط الشرياني و خاصة: تضخم البطين الأيسر Hypertrophie du Ventricule Gauche و سوابق الذكة القلبية.

5 - مضاعفات مرض ارتفاع الضغط الشرياني:

إن استمرارية و دوام ارتفاع الضغط الشرياني يستلزم من القلب بذل مجهودات جبارة و مضاعفة للمقاومة و ذلك لضمان حسن سير عمله، لكن للأسف تكون نتيجة هذا تدهور و إصابة للعديد من الأعضاء المهمة في جسم الإنسان و هذا ما يعرف ب : ***مضاعفات مرض ارتفاع الضغط الشرياني***

حيث حددت بمايلي:

5 - 1 مضاعفات على مستوى القلب Complications Cardiaques:

5-1-1- انتفاخ البطين الأيسر:

حيث يصاب القلب بانتفاخ على مستوى البطين الأيسر نظرا للمجهودات الجبارة التي يقوم بها لتأدية وضيفته مما يتعبه في الأخير.

5-1-2- مرض القلب ذو السبب الوعائي Cardiopathie d'Origine hypertensive:

حيث يؤدي ارتفاع الضغط الشرياني المستمر في بعض الأحيان إلى إصابة القلب خاصة إذا لم يخضع الشخص إلى العلاج المناسب.

5 - 2 مضاعفات على مستوى المخ Complications Cérébrales:

5-2-1- الجلطة الدموية المخية Accident Vasculaire Cérébrale:

و هي تعرف ب: A.V.C، و هي تعتبر من المضاعفات البالغة الخطورة حيث كثيرا ما تؤدي إلى الشلل أو الغيبوبة و الموت.

5-2-2- التحجر الدموي على مستوى المخ Les Ischémies cérébrales:

و هي عبارة عن تلبد الدم على مستوى المخ مانعا بذلك مرور مادة الأكسجين التي تعتبر مادة حيوية، محدثة الغيبوبة التامة و في كثير من الأحيان الموت.

5 - 3 مضاعفات على مستوى الكلى Complications Néphrotiques:

وتتمثل في العجز الكلوي المزمن Insuffisance Rénale Chronique.

5 - 4 مضاعفات على مستوى العين Insuffisance Rétinienne :

وتتمثل في:

5-4-1- نزيف دموي على مستوى شبكية العين Hémorragie Rétinienne:

مؤدية في غالب الأحيان على إتلاف البصر.

مؤديا بدوره إلى فقدان البصر.

6 - العوامل المفجرة لمرض ارتفاع الضغط الشرياني:

اتفق الأطباء و الباحثون في ميدان الطب التطبيقي على وجود عوامل مفجرة Facteurs Déclenchants لمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي فيما يستمر البحث لحد الآن لمعرفة الأثر الفعلي الذي تحدثه هاته العوامل، إذ يسعى العلماء إلى إيجاد علاقة ارتباطيه بينهما و بين عملية ظهور المرض. وسيتم عرض كل هاته العوامل بالتفصيل مع إعطاء أهمية خاصة للعامل الذي يهم بحثنا و هو عامل الضغط النفسي – الاجتماعي.

6 - 1 عامل الوراثة Facteur de l'Hérédité :

غالبا ما يشخص مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي عند أفراد العائلة الواحدة محدثا استعدادا عائليا للمرض Prédisposition familiale à la maladie و لكن لم يتم البرهنة على وجود جينات خاصة تحدث حتما الانتقال الوراثي لهذا المرض. وتكمن أهمية اكتشاف هذا العامل في حث أفراد العائلة الواحدة التي أظهر بعض منهم إصابة بهذا المرض على اتخاذ الاحتياطات اللازمة للوقاية منه **بارنار Barnard(2002).**

6 - 2 عامل العرق Facteur Ethnique:

بينت الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية بأن نسبة الإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي ترتفع عند السود منه عند البيض " **ماركوفيتش Markovitz**" (1996) لكن هاته الفروق لا تعد ذات دلالة علمية حيث يؤكد البروفيسور **بارنار** (1996) بان ثمة تفسيرات أكثر منطقية لهاته الفروق و التي قد تكون راجعة إلى عوامل ذات علاقة بالعادات الغذائية

6-3- عامل السمنة Facteur de l'obésité:

قد لا يحتاج معظم الأشخاص إلى طبيب لمعرفة أن الزيادة الملحوظة في الوزن مضرة بالجهاز القلبي الوعائي، و قد تزيد من خطورة بعض الأمراض.

لم يتم البرهنة على العلاقة المباشرة بين الزيادة في الوزن بشكل مفرط و مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، في حين يؤكد **كوربر Corper** (1991) على أن الأشخاص الذين يمتازون بزيادة في الوزن تفوق المعايير المحددة بنسبة 20 % هم أكثر عرضة للإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي بالمقارنة بالأشخاص ذو الوزن العادي.

و بينت أبحاث **رودين Rodine** (1993) بأن العادات الغذائية السيئة النابعة أساسا من المحيط العائلي تحتل الرتبة الأولى، في حين يأتي العامل الجيني الذي يعمل على ترسب المواد الدسمة في الجسم في الرتبة الثانية.

و يؤكد **بارنار** (1996) على أن مشكل السمنة كثيرا ما يكون راجعا إلى الفرق الكبير بين استهلاك المواد الغذائية غير الصحية و النقص الكبير في التمرين الرياضي.

6-4-عامل راجع إلى تناول الملح Facteur dû à l'hyperconsommation du sel:

يشكل الاحتياج اليومي لكلور الصوديوم "NACL" نسبة 4 غرامات في اليوم و لكن الغالبية الساحقة للأشخاص يستهلكون أضعاف هاته الكمية حيث يؤكد الدكتور **ستراسر Strasser** (1996) بأن نسبة الملح التي تفوق 14 غرام يوميا تؤدي إلى ارتفاع في الضغط الشرياني الأساسي، في حين تؤدي نسبة الملح التي لا تتجاوز 1 غرام يوميا إلى التخفيف من أرقام الضغط المرتفعة، لهذا السبب يحذر الأطباء من الاستهلاك المبالغ لهاته المادة خاصة الأشخاص الذين يفضلون المأكولات ذات الذوق المالح.

و رغم أنه لم يتم التعرف العلمي عن ميكانيزمات تأثير الملح على الجسم إلا أنه تم التأكد على أنها تتلف جوانب الشرايين محدثة بذلك تغيير في قدرتها على استقبال المثيرات العصبية.

و يؤكد الدكتور **قروس Gross** (1996) بأن التخفيض الكمي و الفعلي من استهلاك مادة الملح يعتبر من أحسن الطرق للوقاية من الإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.

6 5 - عامل التدخين Facteur dû à la consommation de tabac:

يؤكد **هاربر Harper** و **روو Row** (1990) بأن هناك علاقة واضحة حتى و إن كانت غير مباشرة بين التدخين و احتمال الإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي

و الذكة القلبية و ذلك بنسبة 50% و يزيد نسبة هذا الاحتمال في الانخفاض بعد مرور خمس إلى عشر سنوات من الكف عن التدخين لتصبح تقريبا منعدمة.

و قد حاول الباحثون توضيح ماهية الضرر الذي تلحقه مادة التبغ بالجهاز الوعائي و تبين بأن من بين المواد التي تدخل في تركيبة مادة التبغ، هناك مادة تؤثر بشكل سلبي على القلب وهي: مادة النيكوتين Nicotine التي تعتبر مثيرا يؤدي إلى إفراز مادة الأدرينالين و هي الهرمون الذي يعمل على زيادة ارتفاع نسبة دقات القلب و بالتالي يعمل على رفع أرقام الضغط الشرياني.

6 6 - عامل الضغط النفسي – الاجتماعي Facteur dû au stress psychosocial:

اهتم العلماء بتبيان دور الضغط النفسي – الاجتماعي في إحداث ارتفاع في الضغط الشرياني الأساسي،حيث تساءل **قايبسبوك Gaisbeck** (1905) عن العلاقة التي تربط الضغط النفسي بمرض ارتفاع في الضغط الشرياني الأساسي، و ذلك انطلاقا من أبحاثه الميدانية إذ لاحظ أن هناك نسبة مرتفعة جدا من الأشخاص المصابين بهذا المرض من مدراء الشركات الكبرى الذين يعانون من عبء المسؤولية و يظهرون علامات من النرفزة بعد الإجهاد الكبير.

ولأن أخلاقيات الطب لا تسمح بالتجارب المباشرة على الإنسان، قامت مجموعة من العلماء في الولايات المتحدة في عام 1956 بدراسة نوعية ردود أفعال القردة للضغط إذ قاموا بإخضاع مجموعتين من القردة إلى نفس الحمية الغذائية في غذاء فقير بالمواد الدسمة و مادة الكلسترول مع ضبط الوزن و أرقام الضغط الشرياني.

قام الباحثون بوضع المجموعة التجريبية الأولى **" أ "** في علب فردية مغلقة بشكل يمنع قردة هاته المجموعة من الاتصال فيما بينها و استمرت قردة المجموعة الضابطة **" ب "** في العلاقات الاجتماعية العادية.

بعد مرور مدة واحد و عشرون شهرا على التجربة، اكتشف العلماء بأن المجموعة التجريبية للقردة قد أظهرت تسرب معتبر من مادة الكلسترول على جوانب الشرايين رغم المراقبة الصارمة للوزن و الحمية، في حين لم تظهر أي علامات مماثلة على أفراد المجموعة الضابطة.

و من هنا استنتج العلماء أن مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي الذي أصاب قردة المجموعة التجريبية راجع أساسا إلى عامل الضغط النفسي – الاجتماعي الناتج عن العزلة و الابتعاد عن العلاقات الاجتماعية و لعل أحسن الدراسات التي أجريت من طرف الباحثين الأمريكيين تلك التي أدارها **ماركوفيتر** و جماعته (1970) و هي دراسة تتبعيه هامة جدا دامت عشرون سنة أقيمت على عينة من 1123 شخص عادي لا يعاني من أي مرض و خاصة من مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.

و انطلقت هاته الدراسة من فرضية أساسية مفادها أن هناك ما يسمى ب: الشخصية الضاغطة Hyper tensive personnality و التي تتميز ب: الغضب المكبوت و ميل نحو التبعية و القلق كردود أفعال لحالة الضغط النفسي – الاجتماعي.

واستنتج ماركوفيتر بعد مرور عشرون سنة من التتبع و ملاحظة أفراد العينة أن تقريبا نصف أفراد المجموعة الخاضعة للدراسة قد طوروا مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي علما أن هؤلاء الأفراد قد سجلوا درجات من الضغط النفسي – الاجتماعي مرتفعة جدا.

و لقد استقطب دور عامل الضغط النفسي – الاجتماعي اهتمام الأطباء و الباحثين في ميدان علم النفس الإكلينيكي إذ حاولوا جاهدين التعرف على الأثر الدقيق الذي يحدثه هذا العامل المفجر الهام في ظهور ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.

لكن معظم الباحثين قد اتفقوا على ضرورة الأخذ بعين الاعتبار عوامل أخرى إلى جانب الضغط النفسي مثل عامل الإدراك Perception حيث طوروا مفهوم الضغط المدرك Perceived Stress تاتس Thaists (1987)، و عوامل المقاومة Coping إذ يختلف شخصان خاضعان لنفس درجة الضغط في طريقة التحكم في الوضعية الضاغطة فريدمان Freidman (1973).

7 - ***مرض ارتفاع الضغط الشرياني الثانوي Hypertension Artérielle Secondaire:***

على عكس مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، فإن الأسباب المؤدية إلى ظهور مرض ارتفاع الضغط الشرياني الثانوي معروفة و متفق عليها، و سمي هذا النوع من ارتفاع الضغط الشرياني الثانوي لأنه يكون ثانويا لعامل آخر يدخل مباشرة في تسببه.

و سنتطرق فيما يلي إلى الأسباب المؤدية إلى هذا النوع من ارتفاع الضغط الشرياني علما أن العلاج في هاته الحالة لا يكون أعراضيا Symptomatique كما هو الحال بالنسبة لمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي بفضل تعرف الأطباء على هاته الأسباب:

7-1- السبب الدوائي *Cause Médicamenteuse:*

يعد السبب الدوائي من بين الأسباب الهامة المؤدية إلى الإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الثانوي، حيث تعمل بعض الأدوية على رفع أرقام الضغط الشرياني، و يزول هذا الارتفاع عندما يكف المريض عن تناولها. و من بين هذه الأدوية نذكر تلك الخاصة بمنع الحمل و التي يتم أخذها عن طريق الفم، و التي تحتوي على هرمونات الأستروجين Œstrogène و البروستوجين Progestérone، حيث لوحظ ارتفاع في أرقام الضغط الشرياني عند النساء المتناولات لهذه الأدوية خلال السنتين الأوليتين وذلك بصفة غير مستقرة ثم يستقر هذا الارتفاع بعد ذلك عند الاستمرار في تناول الأدوية، فيما تنخفض أرقام الضغط بعد ثلاثة أشهر من الكف عن تناولها وذلك بالنسبة لمعظم الحالات.

يحذر الأطباء من أثر أدوية منع الحمل على ارتفاع الضغط الشرياني ولذلك وجب وصفها فقط للنساء اللواتي لا يعانين من مرض ارتفاع الضغط الشرياني مع لزوم مراقبة أرقام الضغط و ذلك مرتين في السنة على الأقل.

7-2- سبب راجع إلى التشوه الخلقي للشريان الأبهر *Coarctation de l’aorte:*

يؤدي التشوه الخلقي للشريان الأبهر إلى ارتفاع الضغط الشرياني الثانوي حيث يلعب هذا الشريان دورا هاما في عملية نقل الدم إلى كل أجزاء الجسم، و يعمل التشوه على اختلال هاته العملية و بالتالي يلجأ الأطباء إلى الجراحة لتصحيح هذا التشوه إذ تعتبر الوسيلة الوحيدة المتوفرة لحد الآن.

7-3- سبب كلوي *Néphropathie:*

يرجع السبب الكلوي أساسا إلى خلل في العضو أي الكلى أو إلى وجود ورم Tumeur على مستوى الغدة الكلوية Cortico-Surrénale، و من أسباب إصابة الكلى نذكر خاصة: الإصابة بمرض السكري.

4-7- سبب راجع إلى الحمل Toxémie Gravidique:

نتكلم عن مرض ارتفاع الضغط الشرياني الثانوي عند المرأة الحامل عندما يكون الحد الأقصى للضغط الشرياني يساوي أو أكثر من 14 سم.ز أو عندما يصل الحد الأدنى للضغط الشرياني إلى 8,5 سم.ز أو أكثر.

إن إصابة المرأة الحامل بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الثانوي يؤدي إلى مضاعفات على مستوى جسمها، و منها: الإصابة بعجز كلوي حاد و مضاعفات أخرى على الجنين و منها: تأخر كبير في النمو داخل الرحم، الموت داخل الرحم أو موت بعد الولادة.

يميز الأطباء بين نوعين من ارتفاع الضغط الشرياني الثانوي لدى المرأة الحامل:

النوع الأول: بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الثانوي عند المرأة الحامل لأول مرة بدون أن تكون هناك أسبقية لمرض كلوي.

النوع الثاني: مرض ارتفاع الضغط الشرياني الثانوي عند المرأة الحامل التي تعاني من عجز كلوي.

الفصل الثاني

العوامل النفسية الاجتماعية المؤدية إلى ظهور مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي

المبحث الأول

الضغط النفسى الاجتماعى

8- نبذة تاريخية عن تطور مفهوم الضغط النفسي الاجتماعي

أصل الكلمة العربية ضغط هي الكلمة الإنجليزية Stress و التي انبثقت من الكلمة اللاتينية String و معناها: الضم الإحاطة، الضيق و هي تعني أي شعور يمكن أن ينتاب الإنسان في حالة من الفقدان Perte أو عدم القدرة Impuissance أو التخلي Abandon.

تعتبر كلمة ضغط جديدة الاستعمال في اللغة الفرنسية في حين استعملت عبر العصور باللغة الإنجليزية، فمنذ القرن 17 استعمل هذا المفهوم للدلالة على الألم، الشدائد المصائب و المشاكل أي كل ما يعبر عن ظروف الحياة التي كانت تعرفها بعض طبقات المجتمع في انجلترا ذلك الوقت.

ثم عرف مفهوم الضغط تطورا ملحوظا في القرن 18 حيث انتقل الباحثون من محاولة تخطي نتائج الضغط إلى البحث عن أصوله، فعرف هذا مفهوم قفزة هامة ابتداء من ملاحظات الفيزيائيون المختصون في صناعة الحديد و الصلب Métallurgie، حيث توصلوا إلى الاستنتاج أن الضغط الكبير في المصنع و المتمثل في درجة الحرارة العالية جدا يمكن أن تحدث تغيرا ملحوظا في شكل المعادن و من ثم تم الاستنتاج أن الإنسان متأثر بعوامل الضغط الذي قد يؤدي إلى ظهور الأمراض الجسمية و العقلية.

و انطلاقا من هذه الأبحاث تم الانتقال من المفهوم الفيزيائي البحث إلى البحث الطبي و السيكولوجي و كانت هذه نقطة انطلاق الأبحاث العديدة التي حاولت ربط حوادث الحياة بالحوادث السوماتية، حيث اهتم **وليم ألسر William Osler** (1936) بدراسية الخصوصيات المعيشية للأشخاص المصابين بالانسداد الشرياني Angine de Poitrine حيث وصفهم على أنهم: "يعيشون بشكل حاد منشغلين أساسا بعملهم، لا يهتمون كثيرا بعائلاتهم و هم دائموا القلق و التوتر و لا يعرفون معنى الراحة....."

و قد كان الفضل للباحث **هانس سيلي Hans Selye** (1936) في اقتراح مفهوم الضغط في إطار تجريبي انطلاقا من أبحاثه المخبرية على الفئران البيضاء و التي دعمت بمعطيات علمية أعطت مفهوما جديدا للمرض كمحاولة من الجسم للتكيف للاستدلال على التأقلم عن طريق المرض الذي يظهر على الجسم المعرض إلى وضعيات ضاغطة مستمرة، و رغم النتائج الهامة التي توصل إليها الباحث إلا أنه اختصر المثيرات الخارجية الضاغطة إلى الفيزيائية مثل: الحرارة، الصوت المزعج، البرودة.....الخ.

لكن الفضل الكبير يعود لهذا الباحث لفتح الطريق لأبحاث أخرى اهتمت بدور العوامل **النفسية – الاجتماعية** الضاغطة في ظهور المرض، حيث تم إعادة النظر في المنظور الطبي الخطي الأحادي السبب Model Linéaire Biomédical و منذ اكتشاف اللاشعور Inconscient من طرف فرويد Freud اهتم رواد معهد التحليل النفسي بشيكاغو و على رأسهم كارل ألكسندر Karl Alexander باستخلاص وجود سبعة أمراض سيكوسوماتيكية و هي: الربو، القرحة المعدية،التهاب المفاصل، تضخم الغدة الدرقية، مرض السكري، مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي و الطفح الجلدي.

و انطلاقا من الخمسينات إلى يومنا هذا، اهتمت الأبحاث العلمية بتبيان دور الضغط في ظهور المرض و تفاقمه و منها الأبحاث النفسية- الاجتماعية و من روادها **فريدمان Fredman** و **روزمان Rosenman** (1959)، **هوكانسن Hokanson** (1961)، **أينزيك Eysenk** (1985) حيث اعتمدت دراسة ردود أفعال الأشخاص للضغط و التي تكون مختلفة حسب اختلاف بنية شخصيتهم و أساليب الدفاع و المقاومة الخاصة بكل شخص على حدى.

1-8- تعريف مفهوم الضغط:

اقترح الباحث الفيزيولوجي **هانس سيلي Hans Selye** (1936) مفهوم الضغط ليعين به الأثر الذي يحدثه كل نشاط فيزيولوجي أو مرضي على الجسم.

و قد قامت دراسته الفيزيولوجية لتبين أهمية هذا العامل كمؤثر على توازن الجسم لدرجة إحداث ردود أفعال فيزيولوجية غير خصوصية Réponse Physique non spécifique و قد نسب **سارجانت Sargent** في كتابه " كيف نترجم كلمة ضغط؟ " عدة مرادفات

لمفهوم الضغط نذكر من بينها: المجهود الكبير، الالتزام، القوة، الهجوم، الاضطراب، الصدمة، الإجبار، فقدان التوازن، الاختلال.....الخ.

كما اقترح سيلي مفهوم العوامل المثيرة للضغط ليقصد بها العوامل الفيزيائية البحتة مثل: الحرارة، الصوت المزعج، البرودة.... علما أن الضغط ليس راجعا إلى عامل مثير خاص، فإن أي عامل يمكن أن يحدث الاستجابة الجسمية التي تظهر على شكل تناذر عام للتكيف *Syndrome général d' adaptation* من خلال أعراض فيزيولوجية خاصة.

و انطلاقا من أبحاث سيلي خرج مفهوم الضغط من الحيز الفيزيولوجي الضيق ليعمّ كل المثيرات سواء كانت فيزيولوجية، نفسية أو اجتماعية.

و يرى ستورا Stora (1991) أن الضغط النفسي ما هو إلا قوة يحدثها مؤثر ما يؤدي إلى اختلال في توازن أي كائن حي، و يمكن أن يكون العامل المؤثر فيزيائي مثل: الحرارة أو الصوت المزعج، أو نفساني مثل: الحزن، فقدان العمل، الزواج، الترقية المهنية.

و يؤكد هذا الباحث على أن الشخص الخاضع للضغط يعمل على استخراج ميكانيزمات دفاعية و جسمية وعقلية للدفاع عن توازنه Homéostasie و يمكن أن يؤدي اختلال التوازن إلى فشل الدفاع العقلي ليظهر على مستوى الجسد من خلال أمراض جسمية تختلف من شخص إلى آخر حسب شخصيته وبنيته النفسية و كذلك السياق الاجتماعي الثقافي

الموجود فيه، و ذلك لإعطاء نتيجة لحركة خارجية و رد فعل فردي خاص يكون خاضع لبنية سير الجهاز التنفسي و الذي يؤدي إلى ظهور استجابات خاصة مثل: الغضب، القلق أو الاكتئاب...

يرى كريستيان **بارنار** **Christian Barnard** (1985) بأن الضغط لا يعتبر عاملا جديدا أو حديث الظهور، فقد وجد منذ وجود الإنسان و هو لابد منه في حياتنا حيث يمتلك القدرة على حثنا على النشاط و يؤكد على أن الجديد في الأمر الدرجة الكبيرة من الضغط التي تعرضنا لها متطلبات القرن و الحضارة، لهذا يميل الإنسان إلى التقييم المبالغ فيه لقدراته حتى يكون في مستوى التحديات.

2-8 – توضيح مفهوم الضغط:

أثار مفهوم الضغط فوضى مفاهيمية جعلت استعماله في كثير من الأحيان في غير محله فقد يفهم عامة الناس هذا المفهوم في سياقه العام إذ يفسره كل واحد على حسب إدراكه له لكنه يبقى محاطا بأبهام و غموض كبيرين إذا حاولنا الغوص في مفهومه العلمي، فتبادر إلا أذهاننا التساؤلات التالية:

- هل يعبر الضغط عن موقف خارجي؟
- هل يعبر الضغط عن استجابة الفرد النفسجسدية؟
- هل يعبر الضغط عن اختلال في علاقة الفرد بمحيطه؟

يؤكد سيلي على أنه رغم غموض هذا المفهوم إلا أن شكله واضح و ملموس حيث عّرفه على أنه حالة تحدثها مجموعة أعراض Syndrome و التي تتمثل في تظاهرات جسمية يمكن قياسها في المخبر، فالضغط إذا هو خلاصة مراحل الألم و المقاومات التي يمر بها طوال حياته. فحسب سيلي إذن، فإن مفهوم الضغط يعين في آن واحد مجموع الاعتداءات الخارجية و المجهودات التي يقوم بها الإنسان لمحاربة هاته الاعتداءات.

و يوضح **ستورا Stora** (1990) على أن الضغط هو نتيجة تأثير عامل فيزيائي، سيكولوجي أو اجتماعي على الإنسان و التي يصفها **ستراود Straoud** (1977) في كتابه " الضغط " على أنها " حالة من التوتر تجعله يشعر بأنه يعيش في حالة استعجاليه دائمة لدرجة أن مجرد التفكير في نفسه يبدو له تضييعا للوقت و عندما يحدث أن يفكر في استشارة أخصائي يبوح له دائما باستحالة تغيير نمط حياته و أنه سيفكر في هذا عندما يصل إلى تحقيق أهدافه وحتى إن كان يحلم بالراحة، فإنه لا يستطيع تحقيق وقت لذلك، لأنه لا يجرؤ على الخروج من السياق" **Straoud** .

بينما يؤكد **كارنجي Carnegie** (1994) على أن الضغط هو ظاهرة بيولوجية طبيعية و هي عبارة عن مجموعة من التغيرات الخاصة بالاستجابة و التأقلم و التي يكتسبها الإنسان منذ ولادته بتعرضه المستمر للضغط الذي يكون متفاوت المدة و الشدة و التواتر الذي يؤثر مباشرة على إحساسه. و يضيف قائلا بأن: " الاستجابة المرضية للضغط تولد عامة من

التفاوت الكبير بين الحلم و الواقع" **Carnegie**.

و يؤكد **ستورا Stora** (1999) على أنه للتمكن من فهم كلمة "الضغط " فلابد أن نربطها دائما بمفهوم التأقلم حيث يعمل الجسم على بلورة ميكانيزمات هامة لعملية التكيف عندما يواجه وضعية جديدة مثيرة الضغط.

8 – 3 – مفهوم الضغط حسب هانس سيلي:

منذ عام 1935 قام هانس سيلي باقتراح مفهوم الضغط للتعبير عن مجموع ردود الأفعال الفيزيولوجية غير الخصوصية للجسم تجاه العوامل المحيطية المضرة سواء كانت ذات طبيعة فيزيولوجية أو كيميائية.

و قام سيلي بعدة تجارب فيزيولوجية في مخبره على الفئران البيضاء التي كان يخضعها لعدة وضعيات تجريبية مثيرة للضغط.

فحسب هذا الباحث، الضغط ما هو إلا تلك الحالة التي ينشطها تناذر خصوصي Syndrome. و لهذا فإنه من الممكن أن يقاس الضغط في إطار تظاهراته فقط و بالتالي اقترح سيلي مفهوم التناذر العام للتكيف (*S.G.A* Syndrome General d'Adaptation يشمل كل التغيرات غير الخصوصية التي تتطور في الزمن خلال التعرض المستمر لهجوم عامل ضاغط ما.

علما بأن هذا التناذر يعتبر محاولة من الجسم للتكيف مع الضغط و هو يحتوي على ثلاث مراحل:

***8 3 1 مرحلة الإنذار* Phase d'alarme :**

أو مرحلة الصدمة و تتميز بعدة تظاهرات فيزيولوجية هي: زيادة دقات القلب، انخفاض في درجة حرارة الجسم، زيادة تركيز الدم، توقف إفرازات الكلى، التعب العضلي، ارتفاع نسبة الكلور في الدم، انخفاض عدد الكريات البيضاء في الدم، ارتفاع مؤقت في نسبة السكر في الدم، ثم أخيرا انخفاض في نسبة السكر في الدم و ذلك بإفراز هرمون الأدرينالين.

8 3 2 - مرحلة المقاومة Phase de résistance:

و تتميز هذه المرحلة بزيادة نشاط الجسم و زيادة في حجم الغدد فوق الكلوية *Cortico – Surrénale*، كما تتميز بزيادة مقاومات الجسم و عودة التوازن الفيزيولوجي.

3 1- مرحلة التعب Phase d’épuisement:

و هي تلك المرحلة التي تظهر بعد التعرض المستمر و المطول للعوامل الضاغطة و تتميز بعودة العلامات الخصوصية لمرحلة الإنذار و تتبع بالموت.

و يميز سيلي بين التناذر العام للتكيف (S.G.A) و التناذر المحلي للتكيف (S.L.A) الذي يصيب عضو واحد أو مجموعة من الأعضاء و تتميز هاته الإصابة حسبه بالتعب العضوي المحلي و في غالب الأحيان الالتهاب التي تشكل الاستجابة الأكثر تواتر.

و لا يمكن أن يصل الجسم إلى حالة التناذر العام للتكيف إلا بعد أن يصاب عدد كبير من الأعضاء بالتناذر المحلي للتكيف و ذلك في إطار ميكانيزم دفاعي كبير يتميز به الجسم الذي لا يصل إلى مرحلة التعب إلا بعد التقدم الطبيعي في السن أو التقدم المبكر في السن إثر التعرض المستمر للضغط.

و يرى **سيلي** بأن إصابة الجسم بمرض ما يخضع لشروط خاصة من الحساسية التي تربط بالعوامل الوراثية، و بضعف المقاومة اثر نقص في التغذية أو البرد... أذن فإن الجسم يخضع أولا و قبل كل شيء إلى استعداد للمرض قبل أن يكون هناك عاملا مفجرا له فنشاط أي مكروب كان في الجسم يتعلق بقوى المقاومة الخاصة بهذا الجسم.

و في هذا النطاق، اقترح **سيلي** مفهوم أمراض التكيف ليعين بها تلك الأمراض التي تظهر في الجسم في نطاق التكيف و ذلك لإعادة التوازن للجسم ومن بين هاته الأمراض يذكر الباحث: مرض السكري، مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي...

و رغم أن نظرية **هانس سيلي** أتت بالكثير في ميدان علم النفس الفيزيولوجي و في ميدان دراسة الضغط إلا أنها خصت فقط الضغوطات الخارجية ذات الطابع المادي مثل: الحرارة، البرودة، الصوت المزعج... و لم يتطرق سيلي إلى شخصية المريض و العوامل النفسية –

المعرفية التي تدخل حتما في إظهار نوعية الاستجابة للضغط.

9 - ***الاتجاه السيكوسوماتي الكلاسيكي:***

قام هذا الاتجاه **فلاندوز دانبار Flanders Dunbar** (1943) و **فرانز ألكسندر Franz Alexander** (1953) بدراسات عديدة انصبت على تبيان العلاقة القائمة بين النفس (Psyche) و الجسد (soma) حيث اهتم دانبار باستخراج بروفيلات سيكولوجية للمرضى السيكوسوماتكيين مثل:مرضى السكري، ارتفاع الضغط الشرياني و القلب، علما بأن بنية الشخصية تعمل على إضعاف الجانب الجسدي و تهيئته للإصابة بالمرض السوكسوماتي.

قام **ألكسندر** من جهته بالتأكيد على أهمية العامل الانفعالي حيث عمل الأطباء على اعتبار الصراعات الانفعالية كأشياء واقعية و ملموسة كما أكد على مفهوم: الأمراض السيكوسوماتية و حددها و قام باقتراح ثلاثة عوامل مؤدية إلى ظهور هاته الأمراض.

1. حساسية العضو.
2. البنية السيكولوجية الصراعية لميكانيزمات دفاع الأنا الخاصّة بكل مريض.
3. ظروف المعيشية المؤدية إلى ظهور الصراعات النفسية.

و قد قام بترتيب الظروف التي بإمكانها أن تساهم في الإصابة بالمرض السيكوسوماتي و ضمن هذا الترتيب نجد: التجارب الطفولية و البناء الوراثي و الجو العائلي و الصدمات الجسدية.

10 - ***الاتجاه السيكوسوماتي الحديث:***

قام الدكتور بيار ماتي Marty و اتبعاه فاين Fain وميزون Muzan (1974) ببلورة نظرية سيكوسوماتية جديدة ترمي إلى إعادة النظر الثنائية النفسية – الجسدية.

و تميزت هذه النظرية عن باقي النظريات الأخرى بفرضيتها التي لاقت نجاحا كبيرا من الناحية التطبيقية خاصة و التي اعتمدت على الأسس التالية:

1 - ظهور المرض الجسمي لا يكون إلا في حالة ما إذا لم يتمكن الشخص من الدفاع عن الصدمات التي تواجهه، و تعتبر هاته الصدمات مجموعة التأثيرات التي تحدثها

وضعية خارجية تخل بالتوازن العقلي للشخص و هذا ما يقابل مفهوم الوضعية الخارجية الضاغطة.

2 -لابد من تجاوز مفهوم الثنائية النفسية – الجسدية الذي يتميز بالكثير من الغموض . و يرى مارتي السببية النفسية للمرض الجسمي هي في الحقيقة أكثر تعقيدا مما يشاع فالانفعال الأولي من الممكن أن ينجر عنه و بصفة متتالية ظواهر سوماتية بدون أن تشكل الظاهرة الجسدية سببا له.

3 - الجهاز العقلي و الجهاز السوماتي يكونان في التحام تام ابتداء من الأشهر الأولى من العمر، فالوظائف السوماتية تتبلور بظهور علاقة الرضيع ثم الطفل الصغير مع محيطه.

4 - يعتبر مارتي المرض كظاهرة خاصة باختلال التوازن الذي يمكن أن يعود إلى ما كان عليه حسب البنية العقلية لكل شخص.

و من مفهوم " الاقتصاد السيكوسوماتي" يوضح هذا الباحث أن الوظيفة الأساسية للجهاز النفسي هي تسيير الطاقة النفسية حسب استثمار خاص بكل فرد لهدف تنظيم الميكانيزمات الدفاعية للجهاز النفسي التي تعتمد أساسا على سير المرونة النفسية و عملية العقلنة، علما بأن تكوين كل فرد يكون حسب ثقافته و عرقه و البرامج الجينية الخاصة به و كذلك حسب نموه النفسي، فكلما كان اختلال لتوازن الجسم Désorganisation فهو يمس أولا التكوين العقلي.

و يبدأ الدفاع من هذا الأساس على الحفاظ على توازن الجسم Homéostasie و يكون دفاع كل شخص مميزا بتميز سمات شخصيته و رد فعله للقلق و الظروف المثيرة للصدمات في حياته و الميزات الثقافية الأساسية مثل الإقلاب الهيستيري Conversion Hystérique و الاكتئاب الأساسي Dépression Essentielle، و يمكن أن يتعداه ليصل إلى المستوى الجسدي أي: المرض دون أن يكون العامل النفسي سببا لظهور هذا المرض.

11 - ***الاتجاهات النظرية الخاصة بالضغط النفسي:***

في مجال دراسات علم النفس التجريبي المنصبة على اثر الضغط النفسي المؤدي إلى اضطرابات جسدية، نجد أبحاث الأمريكي **والتر ادفوردكانون** **Walterbradford Cannon** (1871 – 1945) و هو من أكبر الباحثين الفيزيولوجيين الأمريكيين حيث قام بدراسة المتغيرات الفيزيولوجية كرد فعل لوضعيات نفسية تجريبية أكد على وجود نمطين خاصين لمواجهة الوضعيات المثيرة للضغط Situations Stressantes لدى الأشخاص:

1. الاستعداد لسلوك المواجهة و الهجوم.
2. سلوك الهروب أمام وضعية الضغط.

و قد مهدت دراسات **كانون** الطريق للدراسات الفزيولوجية الهامة التي قام بها الباحث الكبير **هانس** سيلي **Hans Selye**(1936) الذي كان له الفضل في اقتراح إطار جديد لمفهوم الضغط.

و يشير **ليفي** (1991) على أن الضغط ليس بالقلق أو الاكتئاب بل أنّ هاته المشاعر السلبية راجعة إلى التفاوت الكبير بين نسبة الضغط و المجهودات التي يبذلها الإنسان لمواجهته.

11-1- التظاهرات الفزيولوجية للضغط:

اهتم الأستاذ **بارنار** **Barnard** (1984) بدراسة التظاهرات الخاصة بالضغط النفسي التي تكون فيزيولوجية قبل كل شيء، حيث يتلقى الجهاز العصبي إشارة "الضغط" فتسعى الخلايا العصبية إلى تحفيز غدة الهيبوفيز Hypophyse التي تحت الغدة فوق الكلوية Glande Surrénaleعلى إفراز مادة الأدرينالين التي تؤثر على الكثير من الأعضاء الحيوية و منها القلب و يتبين ذلك عن طريق ارتفاع الضغط الدموي و زيادة دقات القلب.

و يقوم القلب ببعث الدم إلى العضلات بسرعة فائقة مما يتبعه ويعمل على تقلص الشرايين ثم تدريجيا يعود إلى حالة من الهدوء العادي عندما ينتهي تعرضه للحدث الضاغط و تعتبر هاته التظاهرات عادية لأن الإنسان بطبعه يحاول الدفاع عن أمنه، لكن تراكم الوضعيات

الضاغطة و تعرض الإنسان لها بشكل مستمر تجعل الجسم بدلا أن يعود إلى حالة الهدوء الطبيعي، فإنه يتأقلم بشكل يجعله دائما في حالة الإنذار الدائم و المستمر و المتمثلة في: ارتفاع ضغط الدم، تقلص الشرايين، زيادة سرعة الدورة الدموية، زيادة دقات القلب و هذا ما يعمل تدريجيا على إتعاب القلب حتى يصل إلى نقطة الرجوع و التي أطلق عليها طبيب القلب الإنجليزي **نيكسن Nixon** (1996) اسم: منحنى التعب Courbe d'épuisement

حيث يتميز الشخص المعرض للضغوطات المتراكمة بكف الحركة Inhibition تجعل قدرته على المقاومة تكاد تكون منعدمة و بالتالي ترمي به إلى الشعور بالقلق و الاكتئاب و تعرضه للإصابة بالسكتة القلبية.

11-2- مميزات الوضعية الضاغطة:

ترتبط مميزات الوضعية الضاغطة Situation Stressante حسب **ستورا Stora** (1996) ب:

- شدتها Intensité .
- مدتها durée.
- وقوعها المفاجئ Non – Prédictibilité.
- بعدها Dimension.
- أثارها الجديد Effet de Nouveauté.

و قد بينت دراسات **هوروفيتز Horovitz** (1976) بأن هناك ارتباط بين إدراك التغيرات المفاجئة أو غير المرغوب فيها في المحيط الاجتماعي و نسبة القلق خاصة و إن كانت هاته التغيرات تمس مباشرة الحياة الشخصية.

أما عن مدة الوضعية الضاغطة فهي تختلف حسب إدراك كل شخص لها حيث من الممكن أن تحدث وضعية ضاغطة قصيرة المدة نفس الأثر السلبي الذي تحدثه وضعية ضاغطة تستمر في الزمن.

كما أوضح **أينجر Eitinger** (1971) بأن الأحداث المفاجئة يكون تأثيرها أكثر سلبا من الأحداث المتوقعة حيث بينت دراساته بأن المرضى الذين يتعرضون للعمليات الجراحية و لم

يتحصلوا على أية معلومات قبل إجرائها يعانون من اضطرابات انفعالية بالمقارنة مع المرضى الذين تم تحضيرهم لذلك.

و يؤكد **براون Brown و هاريس Harris** (1978) بأن التجارب المزمنة مثل الحالات المرضية التي تستمر في الزمن و التي تحدث عناء كبير هي التي تستوجب من أصحابها بذل مجهودات معتبرة للتأقلم و التفاعل معها و من هاته الوضعيات: الطلاق، فقدان العمل، الفقر، الصراعات الزوجية، المرض المزمن، مسؤوليات المتراكمة في ميدان العمل...الخ

و رغم تأكيد الباحثون على أن المتغيرات التي تصادف كل شخص سواء كانت سلبية (وفاة، الطلاق...) أو إيجابية (زواج، ترقية مهنية...) يمكن أن تحدث خللا في قدرته على التأقلم السلوكي **هولمس** و **رواده Holms et co** (1983) قد بينت أنه يمكن اعتبار الوضعيات السلبية فقط كوضعيات مثيرة للضغط و خاصة تلك التي توصف على أنها غير مرغوب فيها والتي تزيد من احتمال الإصابة بالمرض أو من احتمال فقدان التوازن الانفعالي، أما عن الوضعيات الإيجابية فأنها لا تؤثر ألا بنسبة قليلة جدا على الأعراض النفسية الجسمية.

و في نفس السياق، يؤكد **لازاروس و فولكمان Lazarus et Folkman** (1984) على أهمية أدراك الوضعيات الضاغطة السلبية من طرف الأشخاص على أنها مهددة للمفهوم الذاتي و بالتالي مؤدية إلى فقدان التقدير الذاتي الذي بدوره يؤدي إلى ظهور مشاعر القلق و الاكتئاب.

اعتبارا لكل ما سبق، فإنه يتضح لنا بأن المرض المزمن ما هو إلا وضعية مثيرة للضغط النفسي و إن حدوثه المفاجئ كما ذكر سابقًا و استمراره في المدة الزمنية و بعده النفسي – الاجتماعي إذ يؤثر على صورة الذات و على العلاقات الاجتماعية التي تربط المريض بالعائلة و بأجهزة المجتمع إذ تعمل على حث المريض على الرفض اللاشعوري لمرضه و الذي كثيرا ما يظهر في عدم مواظبته على العلاج.

3-11- الاتجاهات النظرية للضغط النفسي:

انصبت دراسات عديدة منذ ما يقارب القرن على محاولة تبيان دور الحياة الانفعالية في ظهور الأمراض الجسمية المختلفة.

و من الاتجاهات النظرية التي فرضت نفسها في علم النفس، نذكر خاصة:

- الاتجاه السيكوسوماتي Approche Psychosomatique و من رواده: **فرانز ألكسندر Franz Alexander** (1950) من المدرسة الأمريكية الكلاسيكية و **بيار مارتي Pierre Marty** (1980) من المدرسة الفرنسية.
- اتجاه الضغط النفسي Approche de stress **هانس سيلي Hans Selye** و رواد علم النفس الفيزيولوجي.

1-3-11- الاتجاه النفسي الاجتماعي لتفسير الضغط:

قام **وولف Wolff** من المدرسة الفرنسية منذ عام 1947 بدراسة ردود أفعال السجناء و العمال في المصالح العمومية و استخلص بأن الضغط هو: حالة ديناميكية للجسم في محاولته للتأقلم مع المحيط و هو يرى بأن الكائنات الحية تسعى دائما للتأقلم لهذا فنجدها دائما في حالة ضغط كبير أو صغير.

و يؤكد **وولف** على المحيط الاجتماعي و كذلك التجربة الماضية لكل إنسان بما فيها العوامل البيولوجية و ظروف الحياة تؤثر بصفة ضئيلة على الشكل الذي يأخذه المرض، في حين أنها تكتسي أهمية كبيرة في التأثير على مدة دوام المرض و سيره، و بالتالي فهو يعطي للضغط دورا خصوصيا في تشكيل المرض.

كما قام باحثون آخرون من نفس المنظور: انجل Angel ، **ميروفيتز Mirowitz** و شمال **Schmel**(1978) بدراسة المرحلة الواقعة بين الصحة و المرض، كمرحلة سابقة لحدوث هذا المرض، و هم يميزون حالة نفسية خاصة أطلقوا عليها اسم: تناذر التخلي و تقابله حالة فقدان الأمل تدفع بالشخص نحو المرض نتيجة لانعدام الميكانيزمات الدفاعية النفسية فإثر حادث مؤلم سواء حديث أو قديم ذو معنى رمزي خاص يشعر الشخص بيأس كبير يدفعه نحو عدم الشعور بالأمن في العلاقات الاجتماعية و لهذا فإن التناذر التخلي هذا يفجر حتما المرض الجسمي و يساهم في ظهوره.

و يؤكد **كاسل Cassel (1970)** على أن التغيرات التي تطرأ على مستوى الجماعة لا يمكن أن يكون لها دور سببي خصوصي في ظهور المرض، و لكنها تعمل حتما على تشجيع

الاستعداد للمرض. فمن خلال هذا المنظور، يتبين لنا بأن مفهوم الاستعداد يشمل تأثير الوضعية الفردية في البنية الاجتماعية و أجهزة التعاون الاجتماعي التي تسمح للفرد بفرض ذاته في المجتمع.

11-3-2- علاقة ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي بالضغط النفسي:

أثار التساؤل القائم حول علاقة مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي بالضغط النفسي جدالا كبيرا في الأوساط العلمية حيث اهتم معظم الباحثون بمعرفة ما أن كان الضغط النفسي عاملا مباشرا في إحداث مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، إذ بنيت دراسة **ماركوفيتز Markowitz** (1993) التتبعية التي دامت عشرون عاما أن الضغط النفسي لا يعتبر لوحده عاملا منعزلا في عملية ظهور هذا المرض كما أكد **فريمن Freiman** (1975) في دراسة نقدية بأنه لا يمكن اعتبار عامل الضغط كمؤشر مباشر في ظهور مرض

ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي حيث يشير إلى وجود عوامل أخرى تدخل في إحداث هذا المرض و هي: الطريقة الخاصة بكل شخص لإدراك الضغط كعامل سلبي أو بالعكس كعامل محفز. ثم تطورت الأبحاث لتخرج من الحيز الضيق المتمثل في سببية الضغط في إحداث مرض ارتفاع الضغط الشرياني لتعرف توسعا أكثر حيث اعتمد الضغط النفسي كعامل مفجر لهذا المرض بشرط أن يكون مرتبطا بسمات شخصية خاصة **شابيرو Shapiro** (1998).

و سنعرض فيما يلي الأبحاث التي انطلقت من المنظور التحليلي السيكوسوماتي و تلك التي انطلقت من المنظور النفسي – الاجتماعي و المنظور النفسي – المرضي و التي ساهمت في إثراء ميدان البحث فيما يخص العوامل الشخصية الخاصة التي تساعد إما على التنبؤ بالإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي أو تلك التي استعرضت الميزات الشخصية الخاصة التي يتميز بها المرضى النصابين بهذا المرض.

12- المنظور التحليلي السيكوسوماتي:

اعتمد رواد المدرسة التحليلية السيكوسوماتية الكلاسيكية و على رأسهم **دانبر Dunber** و **ألكسندر Alexander** (1940) على استخراج سمات سيكولوجية خاصة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.

و من بينها أن هؤلاء المرضى يتميزون بصعوبة كبيرة في التعبير عن عدوانيتهم و لديهم كبت كبير لانفعالاتهم السلبية و الإيجابية تضعهم في وضعية من التبعية الطفولية تجعلهم يتجنبون مواجهة الوضعيات الصعبة مع ظهور كف معتبر للحياة الجنسية لديهم و رغبة مبالغ فيها في الإنضباط.

و كان الباحث **موسكوفيتز** قبل هذا أي ابتداء من 1919 قد اقترح مفهوم الشخصية الضاغطة و وصف ميزاتها ب: الطموح، الذكاء و حب المنافسة، ثم تبعه **توركار** **Turcker** (1949)، إذ وصف شخصية المرضى المصابين ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي على أنها سرية طموحة و تبحث دائما عن الإرضاء كما أنها ذات حساسية زائدة للنقد.

أكد **وولف** **Wolff** (1951) على أن شخصية هؤلاء المرضى تمتاز بالعدوانية و لكنهم مجبورون على كفها لإرضاء الآخرين، و لاحظ **بينجر** **Binger** (1951) لدى هؤلاء المرضى درجة كبيرة من التبعية للآخرين و كف المشاعر.

و انطلاقا من دراسة تحليلية معمقة قام بها **سول** **Soul** (1957) على سبعة مرضى مصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، تبين أن أولياء هؤلاء المرضى يمتازون كلهم و بدون استثناء بحب السيطرة مما دفع بهم إلى الشعور بالإحباط و التبعية منذ الصغر و الإصابة بالمرض فيما بعد.

في نفس الاتجاه، استنتج **فان دارفالك** **Van Dar Valk** (1957) أن أولياء هؤلاء المرضى يمتازون بحب الكمال و المثالية.

و قد استعمل الباحثون التحليليون السيكوسوماتيون الاختبارات الاسقاطية لاستخراج ميزات سيكولوجية مشتركة بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، حيث بينت دراسة **كمبل** **Kemple** (1945) أنهم يمتازون بنوبات من العدوانية و الغضب متبوع بشعور بالذنب، و ظهر كل هذا من خلال تطبيق رائز الرورشاخ، و بينت دراسة **ماتارازو** **Matarazzo** (1954) التي طبق من خلالها رائز **تفهم الموضوع** **T.A.T** أن المرضى المصابين بمرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي يمتازون بدرجة كبيرة من العدوانية التي يعملون على كفها بالخضوع للآخر، هذا ما يجعلهم كثيري القلق و الغضب كما تم تطبيق رائز

الإحباط Frustration لوروزنزويج **Rosensweig** لدراسة عامل العدوانية المكبوتة الذي يؤدي إلى شعور الكبير بالإحباط.

قد حاول الباحثون استخراج بروفيلات بسيكولوجية Profils Psychologiques للمرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي حيث قام **كونسولي Consoli** (1983) و إتباعه بدراسة تحليلية على 2275 مريض و تم أثرها استخلاص أربعة أنماط مميزة لشخصيتهم:

* ***نمط كل شيء على ما يرام Les tout va bien:***

و هم المرضى الذين لا يظهرون شكاوي ذاتية، لا قلق، لا غضب و لا اكتئاب و لا يظهرون صراعات شخصية أو مهنية.

* ***نمط ذوي "الاستجابة السريعة" Les hyper réactifs:***

و يمتازون بعدم التوازن الانفعالي مع التعبير عن الصراعات اليومية.

* ***نمط المكتئبين Les dépressifs:***

و هم كثيري، الأحلام يتأثرون كثيرا بالوضعيات الصعبة و ليست لديهم ثقة بالنفس.

* ***نمط الديناميكيون المتأقلمون Les dynamiques adaptés:***

العدوانية عند هؤلاء المرضى مكثفة اجتماعيا و هم يرغبون في المنافسة و يحبذون المنافسات.

13 – المنظور النفسي الاجتماعي:

وضع **شابيروا Chapiro** (1980) فرضيته التي مفادها أن هناك عاملين نفسانيين لديهما أثر مباشر في إحداث مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي و هما: الضغط النفسي الاجتماعي و الشخصي كما أكد أن عامل الضغط يكون تأثيره كميا أكثر منه كفيا، فتراكم التجارب الضاغطة يؤدي حتما إلى تزايد حساسية المريض.

و قد جاءت دراسات **فولكنر Folkner** (1990) على تبيان أثر تبيان تراكم الوضعيات الحياتية المثيرة للضغط على ظهور مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، و انصبت دراسات **ستابتو Staptoe** (1982) التتبعية على تبيان أثر الضغط على عمال المصانع حيث اتضح بأن غالبية هؤلاء العمال الذين يظهرون إصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي يمتازون بدرجة كبيرة من القلق و الاكتئاب و العدوانية.

بينت الدراسات **جيليوس Julius** و **شورك Schork** (1975) التتبعية التنبئة إن الأشخاص الخاضعين بكثرة إلى الوضعيات الاجتماعية الضاغطة والتي تكون ردود أفعالهم عن طريق ارتفاع الضغط الشرياني من حين لآخر هم الذين يتعرضون للإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي فيما بعد.

و اهتم **هوكانس Hokansen** (1961) من خلال دراساته التطبيقية بتبيان نوعية ردود أفعال الأشخاص الذين يوضعون في مواقف اجتماعية مثيرة للضغط النفسي حيث اتضح بأن الأشخاص الذين يمتازون بالتأثر المبالغ فيه يصابون في المستقبل بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.

و يؤكد **إيسانك Eysenck** (1990) على أن سمتي القلق و الاكتئاب تجاه الوضعيات الاجتماعية الضاغطة المتراكة تعتبران سمة تسمح بالتنبؤ بالإصابة بالأمراض القلبية – الوعائية، و انطلاقا من مفهوم المقاومة Coping أي عملية التكييف مع الوضعيات الاجتماعية الضاغطة أكد **ليندن Linden** و **لازاروس Lazarus** (1981) على أن الاستجابة للضغط متعلقة بالمهارات الاجتماعية و هي تنقسم إلى قسمين: الهروب و المقاومة، و يؤكد على أن نمط من الشخصية الخاص بمواجهة الضغوط الاجتماعية يمكن أن يكون له قيمة تنبؤية للإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، كما يصرح بأن الدور الاجتماعي الذي يرتبط بالتجارب الضاغطة إن لم تكن له قيمة سببية لظهور مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي تكون له دلالة في عملية الحفاظ على المرض و تفاقمه، فإذا كانت الاستجابة للضغط غير خصوصية للمرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، فإنه من الواضح أن الأنماط **السلوكية - المعرفية** للقلق الاجتماعي تعمل حتما على المساهمة في الإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.

كما أكدت دراسات أخرى على أن المرضى المصابين بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي يعملون على التأقلم مع الوضعيات الضاغطة عن طريق نمطين سلوكيين مختلفين هما: كف الغضب الذي يؤدي إلى الشعور بالضعف أو بالعكس التعبير المبالغ فيه عن الغضب، و لقد بين **نيورا Niaura** (1992) على أن هؤلاء المرضى يستعملون عامة الميكانيزمات تكيفيه سيئة لمواجهة الضغط، هذا زيادة إلى تعرضهم بكثرة للوضعيات الضاغطة و عدم تمكنهم من السيطرة الفعالة عليها.

و يرى **شابيروا Chapiro** (1988) بأن مرض ارتفاع الضغط الشرياني هو نتيجة لعدم تأقلم المرضى مع الحياة الاجتماعية، أي نقص الكفاءة الاجتماعية بالانخفاض الكمي و الكيفي للمهارات الاجتماعية.

و لقد قام الباحثان هولمس **Holms و راه Rahe** (1967) بتحصي العوامل الخارجية التي من شأنها أن تكون مثيرة للضغط النفسي و نتج عن هذا الجدول الشهير الذي حمل اسمهما:

"جدول إعادة التكييف مع الحياة العادية The social reajustment"

و تحتوي على 43 حدثا اجتماعيا تحدث تغيرا في حياة أي شخص سواء كان الحدث سلبيا أو ايجابيا و يتراوح التنقيط حسب شدة الحدث من النقطة 11 بالنسبة لآخر حدث في الجدول و هو الجنح الصغيرة إلى النقطة 100 بالنسبة أول حدث في الجدول و هو وفاة الزوج. وقد لاحظ الباحثان بان الأشخاص الذين يصابون بذبحة قلبية مثلا يكونون قد سجلوا تغيير مفاجئ في أحداث حياتهم المدونة في اللائحة و ذلك خلال الثلاثة إلى ستة أشهر التي سبقت الذبحة، أما بالنسبة لمرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي فإن هاته اللائحة توفر قدرة تنبؤية متعلقة بإمكانية الإصابة بهذا المرض عند الأشخاص المتحصلين على 300 نقطة في الجدول و ذلك بنسبة 80 إلى 100، لكنهما يصران على أن هناك عوامل أخرى تتدخل حتما في تحديد إمكانية الإصابة بالأمراض **القلبية – الوعائية** و هي: **الفروق الفردية و عامل الإدراك**.

14 – المنظور النفسي - المرضي:

اعتمدت الأبحاث في نطاق علم النفس المرضي على وصف و تحليل أسس سير الأشخاص ذوي السلوك النمطي "أ" **Type – A – Behaviour**.

و انطلاقا من ملاحظات **فريدمان و روزنمان** (1989) التي دامت ست سنوات حيث استخلصا إلى وجود مميزات شخصية للمرضى المنتمين إلى هذا النمط من السلوك.

و هي:

1. عامل السرعة.
2. قلة الصبر.
3. الإحساس الدائم بفوات الأوان.
4. الاستثمار المبالغ فيه في ميدان العمل.
5. الرغبة في جذب إعجاب الآخرين.
6. الالتزام والانضباط و حب الكمال.
7. الرغبة الكبيرة في التنافس Hard – Driving.
8. طموح شخصي و بحث عن المسؤوليات.

و قد تم تطبيق الكثير من الاختبارات النفسية لقياس هاته السمات قياسا ملموسا كما انصبت العديد من الدراسات الإيبيديمولوجية على تبيان الدور التنبئ الذي يلعبه السلوك النمطي "أ" في ظهور الأمراض القلبية – الوعائية، و تعتبر معظم هاته الدراسات تتبعية دامت أكثر من 20 سنة فريدمان و اتفقت معظمها على أن الأشخاص الذين يمتازون بمثل هذا السلوك النمطي هم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض القلبية – الوعائية. كما أن سمة الرغبة الكبيرة في التنافس تعتبر أكثر العوامل المتعلقة مباشرة بظهور مثل هاته الأمراض.

و يرى بعض الباحثون أن سمتي من مجموع السمات المكونة للنمط السلوكي "أ" و هي الغضب و العدوانية تدخل حتما في التنبؤ بظهور مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي بالمقارنة مع ذوي السلوك النمطي **"ب" Type – B – Behaviour** الذي

يمتازون بقدرة التمسك بالأعصاب، القدرة على الاسترخاء و يحبذون الراحة النفسية على الرغبة ف المنافسة في الحادة.

و قام الباحثون ببلورة لائحة على شكل استبيان مصغر تكمن أهميته في تبيان مدى استعداد الأشخاص بالإصابة بالأمراض القلبية – الوعائية و ذلك عن طريق التعرف على السمات الشخصية التي تعرضهم للإصابة بها: ***هل أنت من ذوي النمط السلوكي "أ".***

هل أنت:

- سريع الإثارة.
- لا تجرأ على الحركة.

و قد اقترح **باكال** (1979) **Bakel** من خلال نموذج الاستعداد الضغط Model Diatesis Stress وجهة نظر جديدة مفادها أن الفرد كلا كاملا يؤثر و يتأثر بعوامل المحيط، فمن الجانب الفيزيولوجي مثلا يفترض هذا النموذج أن الفرد يمتلك قابلية للإصابة بالمرض عن طريق استعداد جسمي يعده للإصابة بمرض معين مثل: مرض ارتفاع الضغط الشرياني هذا زيادة إلى وجود المثيرات **النفسية – الاجتماعية** التي تعمل على الإسراع في عملية الإصابة بالمرض و تظهر هنا أهمية اعتبار الفرد ككل يقوم على مواجهة ما يصادفه من ضغوطات خارجية و داخلية و يحتاج لذلك إلى توفر الشروط الفيزيولوجية و القدرات العقلية و المعرفية و خبرة حياته وشروط اجتماعية و اقتصادية معينة.

و اهتم أصحاب المنظور **النفسي – الاجتماعي** بأهمية الوقاية من الأمراض الناتجة عن الضغط **النفسي – الاجتماعي** حيث اقترح **كوترو** (1983) نموذجا نظريا يسمح بالتدخلات السيكولوجية، استنادا إلى ثلاث مراحل هي:

1. تغيرات المحيط.
2. مساعدة المريض على مواجهة وقائع الضغط.
3. التدخل المباشر لتغير الآثار **النفسية – الاجتماعية** للمرض.

المبحث الثانى

الـــقـــــلق

تمهيد

يعتبر القلق من الانفعالات الكثيرة الانتشار بين البشر و ذلك منذ آلاف السنين، و قد أكد العديد من العلماء بأن هذا الانفعال غالبا ما يرافق الحالات المرضية النفسية و الجسمية. **ستراود Straoud** (1994) علما بأنه يعتبر نتيجة مباشرة للشعور بالضغط النفسي.

و نظرا لأهمية دراسة القلق في بحثنا هذا على أنه رد فعل تلقائي للإصابة بمرض مزمن كمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي قد يؤدي إلى ظهور سلوك إهمال العلاج الطبي، ارتأينا تخصيص مبحثا له تطرقنا فيه إلى تعريفات القلق و التناولات النظرية التي حاولت إعطاء تفسير علمي لهذا الانفعال الخاص.

1 تعريف القلق:

القلق هو إحساس شاق قد يشعر به كل شخص في وضعية خاصة و يمكن أن يعرّف على أنه نوع من انتظار قدوم خطر غير معرف و مجهول، و هو شعور شاق و متعب يرهق صاحبه و يؤدي إلى اختلال توازنه النفسي . **ستراود Straoud** (1994).

و يعرف الطب العقلي القلق على أنه القاعدة الأولى لأغلبية الاضطرابات النفسية و العقلية بلوش Bloch (1997) و كثيرا ما يشكل لوحده العارض الأساسي للعديد من الأمراض النفسية.

و لا يمكننا اعتبار كل حالات القلق مرضيّة، فكثيرا ما يكون هذا الشعور عاديا و نابعا من مخاوف ذاتية و توتر عابر يدفع بصاحبه إلى اتخاذ القرارات اللازمة لتغيير مجرى حياته سواء بالإيجاب أو بالسلب كالدوال Caldwell (1977).

و نحن نتطرق إلى مشكل إهمال العلاج الطبي لدى مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، نؤكد أن المرض الجسمي المزمن الذي اعتبره العلماء مصدرا للضغط النفسي إذ غالبا ما يكون مصحوبا بالشعور بالقلق و ذلك من خلال ما لحظناه على المرضى الذين تحاورنا معهم، و بالتالي فإن استجاباتهم قد تكون خصوصية جدا، و قد تترجم من خلال سلوكات لا صحية.

1 -1 - *أعراض القلق:* تتشكل اللوحة الإكلينيكية للقلق من عدة علامات خصوصية تظهر على مستويين مختلفين:

- مستوى النفسي.
- مستوى جسمي.

1 -1 -1 *المستوى النفسي:*

الأعراض النفسية للقلق: القلق شعور شاق و مزعج، قد يسيطر على الأفكار و يحدث توترا شديدا يصعب تجاوزه، و هو كثيرا ما يؤدي بصاحبه إلى حالة من الإنذار Etat d’alarme فيما أنه ينتظر دوما قدوم خطر غير معروف لدرجة تدفعه إلى عدم السيطرة على الأفكار، فتراوده تصورات مذهلة أساسها: الخوف من فقدان العقل أو فقدان الإحساس

بالواقع Déréalisation الإحساس بالغرابة اتجاه النفس Dépersonnalisation و الخوف من الإصابة بالجنون أو بمرض خطير و فتاك،مما يؤدي إلى انخفاض في درجة انتباه و التركيز كما يبدو الشخص متوترا، غير قادر على الجلوس أو البقاء في مكان واحد لمدة ما، كما تبدو علاقته مع الآخرين مضطربة جدا إذ يطغى عليهما طابع العدوانية و فقدان القدرة على التعبير عن المشاعر الإيجابية.

1 1 2 - <u>المستوى الجسمي:</u>

- ***<u>الأعراض الجسمية للقلق:</u>*** كثيرا ما يكون الجسم مشهدا لعدة اضطرابات تعبر عن حالة من القلق الشديد حيث نميز منها ما يلي:

- ***<u>اضطرابات على المستوى القلبي – الوعائي:</u>*** و تتمثل في زيادة دقات القلب Tachycardie و خفقان القلب و آلام على مستوى المنطقة الصدرية الخارجية القريبة من القلب Douleur Précordialgique كما يلاحظ كذلك اضطرابات على مستوى الضغط الشرياني حيث يتعرض هذا الأخير إلى ارتفاع كلما زادت شدة القلق عند بعض الأشخاص.
- ***<u>اضطرابات على مستوى التنفسي:</u>*** و تتمثل في الشعور بالضيق، و اختناق و صعوبة التنفس Dyspnée.
- ***<u>اضطرابات على مستوى الهضمي:</u>*** و تترجم عادة بالإحساس بوجود كرة بلعومية Boule Œsophagienne و برغبة شديدة في التقيء و وجود الغثيان و إسهال و إمساك.
- ***<u>اضطرابات على مستوى البولي – التناسلي</u>***:و تتمثل في الرغبة في التبول بكثرة، كما تظهر كذلك اضطرابات تناسلية من نوع العجز الجنسي عند الرجل أو البرود الجنسي عند المرأة.
- ***<u>اضطرابات على المستوى العصبي – العضلي:</u>*** و تظهر على شكل ضغط العضلي شديد مع ارتعاشات عضلية، كما تظهر هناك رجفة و تشوش الحس و اضطرابات الرؤية و طنين على مستوى الرأس.
- ***<u>اضطرابات على المستوى العصبي – الحركي:</u>*** قد تتمثل في اضطرابات النوم كالأرق Insomnie وعدم القدرة على إيجاد راحة في النوم بوجود كوابيس عديدة و أحلام مزعجة، كما نسجل وجود شحوب على مستوى الوجه و نوبات عصبية حركية قد تصل

إلى مستوى حاد جدا كما هو الحال في مرض الهستيريا حيث يعبّر الشلل الهستيري عن حالة من الإقلاب الجسدي لشعور نفسي بالقلق **إيلان بيرجي Ellen Berger** (1992).

1 2 -التناول التحليلي للقلق:

قام **سيجمند فرويد** (1895) **Sigmund Freud** بدراسة ظاهرة سيكوسوماتية و هي ظاهرة التحويل في إطار مرض الهستيريا و خاصة هستيريا التقليب Hystérie de Conversion و ذلك للاستدلال بدور العامل النفسي في التأثير على الجانب الجسمي و يعتبر هذا المرض أي التقليب حسب فرويد ميكانيزم جسمي ملموس (1971) **Laplanche Pontalis**. إضافة إلى مفهوم التحويل، اقترح **فرويد Freud** عدة تحليلات لمفهوم القلق Angoisse حيث ميز بين:

1. القلق أمام خطر حقيقي.
2. القلق الأوتوماتيكي.
3. القلق كإشارة إنذار.
4. قلق الإخصاء.

1 - *حالة القلق أمام خطر حقيقي*: و هي تلك الحالة التي يتسبب في إحداثها حالة خارجية تهدد حياة الفرد.

2 -*حالة القلق الأوتوماتيكي*: و متعلقة برد فعل لحالة عدم الأمن البيولوجي المعاش في الأشهر الأولى من الحياة

3 -*حالة القلق كإشارة إنذار*: أساسها القلق الأوتوماتيكي و تأتي بمثابة إنذار يهيء ميكانيزمات الدفاع الخاصة بالأنا.

4 -*قلق الإخصاء*: و يخص صراع عصابي داخلي **مارتي Marty** (1980).

و قد انضم الكثير من الباحثين إلى **فرويد Freud** للتأكيد على هذا الاتجاه النظري للسيكوسوماتية و منهم **جورج جروداك George Groddeck** حيث اهتم بدراسة شخصية المرضى السيكوسوماتيين الذين وصفهم على أنهم "كثيري القلق و يظهرون صعوبات كبيرة للتعبير عن انفعالاتهم و صراعاتهم". **جورداك Groddeck** (1978)

1 3 -***التناول السلوكي للقلق:***

اهتم المنظور السلوكي بدراسة لاستجابة القلق كاستجابة تجريبية يمكن للباحث السلوكي أن يحدثها انطلاقا من عملية الاشراط Conditionnement **بافلوف Pavlov** (1954) و **سكينز Skinner** (1938) فمن خلال التجارب المخبرية العديدة التي قام بها علماء المنظور السلوكي و منهم **وولب Wolpe** (1958) الذي فسر الظواهر العصابية على أنها استجابات متعلمة كانت البداية في دراسة استجابة القلق على الحيوان ثم محاولة تفهم ميكانيزماتها عند الإنسان،فحاول **وولب Wolpe** (1958) ربط مثير الصدمة الكهربائية على القط داخل القفص التجريبي باستجابة الأكل، فلاحظ بأن سلوك كف التغذية هو سلوك تراجعي راجع إلى الخوف من الصدمة الكهربائية. فمن الخوف الموضوعي،انتقل القط إلى الخوف و التجنب بمجرد تواجده في مكان يشبه القفص التجريبي، فكان كلما تواجد في مثل هذا المكان تظهر عنده استجابة كف التغذية دون وجود الصدمة الكهربائية.

انطلاقا من تجاربه على الحيوان،لاحظ **وولب Wolpe** بأن الاستجابة متعلمة عند الإنسان كذلك، و من ثم طور علاجه السلوكي المتمثل في سلب الحساسية المنتظم Désensibilisation Systématique من خلال دراسته للفوبيا كنتيجة لاستجابة القلق، ولجأ هذا العالم إلى بناء سلم تدريجي خاص بكل مريض، يحمل كل الوضعيات المثيرة للقلق و الخوف لديه وذلك ابتداءً من أبسط الوضعيات و انتهاءً بأعقدها،و بعد توصله إلى استرخاء جسمي ونفسي كامل، يطلب **وولب Wolpe** (1958) من العميل أن يقوم بتصور ذهني للوضعية مثيرة للقلق، و بالتي تحدث استجابة الاسترخاء التخفيض الجزئي لشدة القلق، وهكذا دواليك حتى يصل إلى آخر وضعية في السلم، ثم ينتقل إلى مرحلة أخرى وهي مرحلة مواجهة الوضعية المثيرة للقلق بعد أن كان المريض يتجنبها.

فالمنظور السلوكي يهتم بدراسة ظاهرة القلق كظاهرة متعلمة وفق الاشتراط والتعزيز و بالتالي فهي تحدث ظاهرة التجنب بهدف التخفيف من شدة هذا الانفعال **الخطيب** (1988).

1 4 -***التناول المعرفي للقلق:***

يؤكد رواد المنظور المعرفي على أن الاضطرابات الانفعالية مثل: اضطراب القلق هي

نتيجة لوجود اضطرابات على المستوى المعرفي أي خلل في العمليات الفكرية العليا مثل : الإدراك و الاستنتاج **بك Beck** (1979) و **كوترو Cottraux** (1990) و لقد بين **بك Beck** (1979) أن الأفراد الذين يعانون من حالات قلق شديدة يدركون العالم بشكل مشوه و هم يتميزون باعتقادات كثيرا ما تكون خاطئة، و تقاس أهمية الوضع المثير للقلق حسب خصوصية كل فرد و قدرته على التحليل العقلاني للأمور، فكثيرا ما تحدث نفس الوضعية استجابات مختلفة جدا لدى مجموعة من الأفراد.

و قد ركز بك Beck (1979) على مفهوم اضطرابات التفكير الذي يتضمن أفكار معرفية خاطئة أساسها اعتقادات لا منطقية نابعة من استنتاجات عشوائية، نذكرها في ما يلي:

- الاستنتاج العشوائي Arbitrary Interpretation : و يقصد به أن يقوم الفرد الذي يعاني من قلق شديد باستخلاص استنتاجات غير واقعية وغير منطقية لحدث ما أو تجربة معنية، و الجدير بالذكر هو أن الفرد يؤمن بها و يقتنع بصحتها.
- التجريد الانتقائي Abstractive Selection : و تتمثل هاته العملية في التركيز على عنصر واحد خارج نطاق مجموعة من العناصر التي تشكل الوضعية المثيرة للقلق دون أن يدرك الفرد المعنى العام لهاته الوضعية.
- التعميم Généralisation : يقوم الشخص الذي يعاني من حالة القلق بمنح أهمية كبيرة و مبالغ فيها للأحداث السلبية و الفاشلة في حياته في حين يلجأ إلى تصغير و الحط من أهمية الأحداث الإيجابية مثل النجاحات.
- التعظيم و التصغير Magnification and Minimisation: كثيرا ما يقوم الفرد الذي يعاني من حالة القلق بمنح أهمية كبيرة و مبالغ فيها للأحداث السلبية و الفاشلة في حياته في حين يلجأ إلى تصغير و الحط من أهمية الأحداث الإيجابية مثل النجاحات.

يفسر التناول المعرفي للقلق بوجود خلل في عملية انتقاء التجارب البيئية المثيرة للشعور بالخطر و بعدم الأمن، حيث يتم الاحتفاظ بهاته المعلومات في حين يفتقر الفرد إلى المعلومات الخاصة بالشعور بالأمن مما يهيء الأرضية لهذا الشعور الشاق **كوترو Cottraux** (1990)

5 1 -نظرية سبيلبرجر Speilberger للقلق حالة و القلق سمة:

يرى سبيلبرجر (1966) Speilberger و تورن (1966) Thorne بأنه لابد أن نميز في دراستنا لظاهرة القلق بين:القلق كحالة و القلق كسمة،حيث يصفها كما يلي:

- مفهوم القلق حالة **State Anxiety**: القلق عندما يكون حالة State يوجد في وقت معين من الزمن و بدرجة معينة، وحتى و إن كان القلق حالة قابلة للتغيير في الزمن، إلا أنه يمكن أن يسترجع بنفس الشكل أمام مثير معين، كما يمكن أن يستمر في الوجود إذا ما استمرت المثيرات الخصوصية في البقاء ويؤكد **سبيلبرجر** (1966)**Speilberger** بأنها حالة تشير إلى ردود أفعال أمبريقية ملموسة أو بمعنى آخر، هو يشير إلى سيرورات تأخذ مكانها و الآن و تكون شدتها حسب شدة المثير.
- مفهوم القلق سمة Trait Anxiety: القلق سمة يشير بشكل واضح إلى الفروق الفردية بين الأشخاص فيما يخص ميولا تهم الخاصة في إدراك العالم بشكل مميز و خاص.

و يشير كذلك إلى نوع من الاستعداد الذاتي كما يرى ذلك **كامبل** (1963)**Campbel** الذي يعتبره استعدادا سلوكيا مكتسبا Acquired Behavioral Disposition منذ مرحلة الطفولة و يكون الاستعداد في حالة خمول و سرعان ما يعود إلى الظهور أمام وضعية القلق **سبيلبرجر** (1972)**Speilberger** .

1-5-1 أهمية نظرية سبيلجر للقلق حالة والقلق سمة:

تعتبر نظرية سبيلجر (1972) Speilberger للقلق حالة و القلق سمة بأنها نظرية شاملة تحاول تفسير ظاهرة القلق انطلاقا من المنظور السلوكي و خاصة انطلاقا من المنظور المعرفي، فيها أنها تعطي أهمية بالغة لدور المثير في إحداث الاستجابة الخصوصية للقلق، هذا إضافة إلى دور الجهاز المعرفي في عملية إدراك المواقف الضاغطة على أنها مواقف مهددة للراحة النفسية والجسمية. و لقد خصص سبيلجر (1972) Speilberger الافتراضات الأساسية لنظريته فيما يلي:

1. تظهر حالة القلق أمام المواقف التي يقيّمها الفرد على أنها ذات طابع مهدد لراحته.
2. إن شدة حالة القلق تكون بنفس شدة الموقف المهدد لراحة الفرد.

3. إن استمرار حالة القلق مرتبطة باستمرار الفرد في تقييم الوضعية على أنها مهددة لراحته.
4. يدرك الأفراد ذوي سمة القلق المرتفعة المواقف على أنها مهددة لراحتهم مقارنة بذوي سمة القلق المنخفضة.
5. يمكن أن تؤدي الوضعيات المثيرة للضغط إلى بلورة و تطوير ميكانيزمات مقاومة خاصة و ذلك لتخفيف من شدة الشعور بالقلق.
6. إن ارتفاع شدة سمة القلق يمكن أن تلاحظ على المستوى السلوكي عن طريق أنماط سلوكية معينة، كما يمكنها أن تسترجع آليات دفاعية نفسية يكون الفرد قد استعملها في الماضي للتخفيف من حالة القلق.
7. إذا حاولنا التعرف على الأسباب المباشرة للفروق الفردية بين الأفراد فيما يخص القلق سمة، فلا بد من الرجوع إلى التجارب الطفولية السابقة التي تحدث استعداد لتقييم الوضعيات الضاغطة على أنها مهددة للشعور بالراحة و الأمن، فكلما ارتفعت شدة القلق سمة كلما كان الفرد معرضا للقلق حالة.

سبيلجر (1972) Speilberger.

الخلاصة:

اتفق معظم العلماء على أن وضعية الإصابة بمرض مزمن تعتبر وضعية مثيرة للضغط النفسي و بالتالي فقد يحاول معظمهم تجنبها في حالة ما إذا تم إدراكها على أنها مهددة لراحتهم النفسية.

و انطلاقا من المنظور المعرفي، فنحن نهتم خاصة باستخلاص الفروق الفردية بين مرض الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج و مرض الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج و ذلك هام جدا خاصة إذا تدخل العلاج النفساني في التكفل بهؤلاء المرضى و إقناعهم بضرورة المواظبة على العلاج.

المبــحث الـــثالث

الاكتـــئاب

1 تعريف الاكتئاب:

يؤكد **قرابا** (1996) **Graba** و آخرون أن لفظ الاكتئاب يشير بصفة عامة إلى تغير ملحوظ في المزاج و في العادات اليومية و الحالة الصحية للمريض و ذلك مقارنة مع الحالة التي كان عليها من قبل.

و يمكن تعريف الاكتئاب من الناحية الإكلينيكية حسب ثلاثة مفاهيم مختلفة هي:

- المفهوم الأول: هو عبارة عن عرض يمثل حالة من التعاسة المرضية Tristesse Pathologique تختلف تماما عن التعاسة العادية.
- المفهوم الثاني: هو عبارة عن مجموعة أعراض يشكل اضطراب المزاج العرض الأساسي فيها.
- المفهوم الثالث: يستلزم لتشخيص حالة من الاكتئاب الوجود الضروري لدى الشخص الراشد للمزاج المكتئب Humeur Dépressive.

1-1 أعراض التناذر الاكتئابي:

يشير التناذر الاكتئابي من الناحية الإكلينيكية إلى مجموعة أعراض تختلف في درجة شدتها و تكون نابعة من اضطرابات انفعالية و نفسية – حركية و معرفية و معيشية و نعرض فيما يلي مجموع الأعراض الاكتئابية المتفق عليها و التي تكوّن لوحة الإكلينيكية Tableau Clinique في عملية تشخيص هذا المرض.

1-1-1 المزاج المكتئب:

يعتبر المزاج المكتئب الاضطراب الانفعالي الأكثر بروزا في التناذر الاكتئابي و يوصف عادة على أنه شعور خاص يصعب على صاحبه شرحه إذ يجتمع بين مشاعر الخوف و اليأس و فقدان الأمل و يتميز بشدته و وجوده الدائم لدرجة أنه يحدث ألما نفسيا حادا.

و ما يزيد من خصوصية المزاج المكتئب هو أنه غير عقلاني، يصعب على صاحبه التحكم فيه أو حتى تغييره جزئيا بما أنه يشعر بفقدان الاهتمام Manque d'intérêt و الإحساس بالفشل في كل مجالات الحياة، زد على هذا الكف النفسي – الحركي

Inhibition Psycho – Motrice الذي يجعل أبسط الحركات تبدو له من أصعب المجهودات بما أنه لا يملك الرغبة على الحركة بل يمكنه أن يبقى ساعات طويلة جالسا على الكرسي أو نائما على السرير و تبدو ملامحه المرآة العاكسة لما يجول بخاطره.

1 1 2 - الاضطرابات المعرفية:

و تتمثل في انخفاض ملحوظ في قدرات التركيز و الانتباه و الذاكرة و التي تفسح المجال للكثير من الشكاوي الذاتية و من الاضطرابات المعرفية المعروفة لدى الشخص المكتئب نذكر:

- اضطرابات التفكير: حيث تبدو أفكار الشخص المكتئب خاصة جدا إذ يطغى عليها الشعور بالنقص و عدم القدرة على فعل أي شيء و احتقار الذات و فقدان الأمل و التشاؤم، زد على هذا اليقين بأنه عالة على عائلته و على المجتمع و فشله الدائم في إيجاد الحلول المناسبة لمشاكله كما أن علاقاته بأفراد العائلة تبدو سلبية إذ يفضل العزلة على المشاركة في الحديث و الاتصال اللفظي.
- اضطرابات القدرات المنطقية: و يتميز بالصلابة في الحكم على الأشياء و الأشخاص و خاصة تقديمه لتفسيرات ذاتية و غير منطقية أمام الصعوبات الموضوعية.
- الاضطرابات الهضمية: تعتبر الاضطرابات الهضمية من الأعراض الأكثر بروزا في التناذر الاكتئابي و تتمثل في فقدان الشهية المتبوع بجفاف في الفم، و بانتفاخ المعي الغليظ و الإمساك، كما يمكن أن تظهر لدى الشخص المكتئب رغبة متزايدة في استهلاك كميات مبالغ فيها من الأطعمة Boulimie و التي تترجم حالة من القلق الخاص.
- الاضطرابات العضوية: و هي مجموع الاضطرابات القلبية – الوعائية الخاصة بوظيفة القلب و المتمثلة في خفقان القلب، زيادة دقات القلب و الاضطرابات العصبية الحسية Problèmes Neurosensitifs مثل الإحساس بالدوخة أو أوجاع الرأس و الاضطرابات الجنسية مثل البرود الجنسي و اضطراب العادة الشهرية عند النساء.
- التعب النفسي: يبدو أن التعب النفسي هو نقطة انطلاق الانشغالات المتكررة للشخص المكتئب حول ذاته و المخاوف الخاصة التي تدفع به إلى الاهتمام المبالغ فيه بأمور

- صعبة فتراوده الشكوك بأنه مصاب بمرض خطير مثل: مرض السرطان و نجده بالتالي دائم التردد على المصالح الصحية، لإجراء الفحوصات اللازمة و ذلك للتأكيد من سلامته من الأمراض الخطيرة. و يتميز التعب النفسي عند الشخص المكتئب بثلاث مميزات هي:
- لا يزول التعب بعد فترة الراحة.
- يظهر بصفة ملفتة للانتباه في الفترة الصباحية و ينقص تدريجيا في الفترة المسائية عكس ما يظهر عليه عادة الشخص الغير المكتئب الذي يشعر بالتعب غالبا في الفترة المسائية.
- يزول التعب جزئيا عند الشخص المكتئب بعد ممارسته الرياضة و هذا الأمر يبدو متناقضا لأن عادة ما يشعر الشخص غير المكتئب بالتعب بعد ممارسته للرياضة.
- اضطرابات النوم Troubles du sommeil: و هي من العلامات الأساسية في التناذر الاكتئابي حيث يعاني الشخص المكتئب من عدم القدرة على النوم و من الرق Insomnie كما أنه كثيرا ما يستيقظ مبكرا جدا و يشغل باله بالأفكار المثيرة للقلق.
- القلق Angoisse: تكون شدته مرتفعة جدا و يترجم عادة بانشغالات خاصة مثل: الخوف من الموت، و من المستقبل و من فقدان الأشخاص المقربين.
- الأفكار الانتحارية Idées Suicidaires: كثيرا ما ترفق هذه الأفكار بقية أعراض التناذر الاكتئابي و هي غالبا ما تكون محاولة للفت الانتباه في أول الأمر قبل أن تصبح محاولة للمرور إلى الفعل Passage à l'acte.

1 2 - الأشكال الإكلينيكية للاكتئاب:

للتمكن من تشخيص حالة الاكتئاب، لا بد على الطبيب أن يكون على علم بالأشكال المختلفة للاكتئاب، و سيتم فيما يلي طرح مختلف الأشكال المتفق عليها و التي تتميز بظهور معين رغم انها تؤدي إلى نفس التشخيص.

1 2 1 حالة الاكتئاب الإرتكاسي Etat Dépressif Réactionnel :

و تكون هاته الحالة ثانوية لسبب معروف و ظاهر مثل: وفاة شخص عزيز، أو صدمة عاطفية، أو الاجتهاد أو التعب الكبير أو الصعوبات المهنية و المالية. و يمكن للطبيب

التعرف على هاته الأسباب من خلال الرجوع إلى تاريخ الحالة و الإصرار على معرفة نوعية الأحداث التي سبقت ظهور اضطراب و أهميتها بالنسبة للمريض.

1 2 2 - حالة الاكتئاب العصابي Etat Dépressif Névrotique:

و يظهر غالبا كعلامة تنبؤية لاضطراب عصابي تحتي Sous – Jacente راجع أساسا إلى ظروف طفولية مكبوتة لا بد من استرجاعها خلال العملية العلاجية.

1 2 3 - الحالات الاكتئابية العرضية Etats Dépressifs Symptomatiques:

حيث تربط أعراض الاكتئاب بإصابة عضوية: الأمراض التعفنية، و الاضطرابات الهرمونية الخاصة بسن اليأس عند المرأة و العجز الخاص بالغدد فوق الكلوية و اضطرابات الخاصة بالغدة الدرقية و تلك الاضطرابات الخاصة بالأورام الدماغية و بالسرطانات.

1 2 4 - الحالات الاكتئابية الذهنية Etats Dépressifs Psychotiques:

و هي تصاحب عادة مرض انفصام الشخصية Schizophrénie و مرض الهوسPsychose Maniaco - Dépressive الاكتئابي و كثيرا ما تكون راجعة إلى اضطرابات نفسية داخلية.

1 2 5 - الاكتئابات الفصلية Les Dépressions Saisonnières :

اكتشف هذا النوع من الاكتئاب من طرف الطبيب الأمريكي **روزنتال Rosenthal** (1980) و يتميز أساسا بأعراض معروفة و هي: القلق،الإفراط في الأكل، الحاجة الملحة إلى النوم، و الزيادة الوزن. لكن تكمن خصوصية هذا النوع من الاكتئاب في أنه يظهر في كل سنة في فترة معينة و هي بداية فصل الخريف حتى نهاية فصل الشتاء.

1 2 6 - الاكتئاب المصاحب للأمراض المزمنة:

يظهر هذا النوع من الاكتئاب عند المرضى المصابين بالأمراض المزمنة الذين يظهرون معاشا نفسيا خاصا لمرضهم و كثيرا ما يكون الحزن و الميل نحو العزلة من بين العلامات التي تشير إلى وجود حالة من الاكتئاب **فرومبوم Frombaum** (1989)

و لقد اتجهت الأبحاث الحديثة إلى معرفة مدى توتر حالة الاكتئاب عند المرضى المصابين بالأمراض المزمنة و خاصة منها مرضى السكري Diabète ومرض الضغط الشرياني **Hypertension artérielle** نظرا لما تحدثه هاته الأمراض من معانات نفسية ورفض تام لحالة الضعف الصحية و خوف من نظرة الآخرين **لشيميا Lechemia** (1998).

1 3 *التناولات النظرية للاكتئاب:*

1 3 1 - **التناول التحليلي للاكتئاب:** ارتكز التناول التحليلي للاكتئاب أساسا على نظرية فقدان الموضوع **Perte de l'objet** التي وضع بوادرها **فرويد** (1895) **Freud** و **ميلاني كلاين** (1890) **Mélanie Klein** فحسب أصحاب المنظور التحليلي النفسي، لا بد للتمكن من علاج حالة الاكتئاب من الرجوع إلى المراحل العمرية التي مر بها المريض المكتئب. فإذا كان السبب الظاهر لحالة الاكتئاب هو عامل مفجر Facteur déclenchant معروف، فإن الأسباب الحقيقية تكمن في المشاعر المكبوتة اللاشعورية التي تسترجع حالة طفولية من فقدان الموضوع قام صاحبها بكبتها نظرا لأنها تسبب له الكثير من القلق إذا ما ظهرت على مستوى الشعوري **فرومبوم**(1989) **Frombaum** وللتمكن من علاج حالة الاكتئاب، لا بد على المريض من المرور بحالة عمل الحزن Travail de deuil أي مجموعة العمليات السيكولوجية التي تسمح تدريجيا بالبحث عن استثمارات عاطفية بديلة للموضوع المفقود. كثيرا ما تكون هاته المرحلة متبعة و شاقة و لكنها غالبا ما تظهر نتائج إيجابية خاصة و أن الموضوع المفقود،في حالة وفاة مثلا يمكن أن يسترجع عن طريق الذكريات أو الصور أو زيارة قبر المفقود. أما الموضوع اللاشعوري المكبوت، فهو يرتكز أساسا على العلاقة الطفلية الخاصة بين الأم و طفلها فتصبح الأم موضوعا طيبا Bon Objet كلما اقتربت من طفلها و بقيت إلى جانبه و تتحول إلى موضوع سيء Mauvais Objet كلما ابتعدت عن طفلها و هجرته **ميلاني كلاين** (1890) **Mélanie Klein** و نظرا لظروف معيشية خاصة مثلا: طلاق الوالدين أو غياب الأم لفترة يمكن أن يحدث تثبيتا Fixation لهذا الشعور بفقدان الموضوع و لأنه شعور شاق، فإنه يكبت في اللاشعور و يعود إلى الظهور في حالة ما إذا صادفت الشخص حالة من فقدان

الموضوع الشعوري كحالة وفاة أو فقدان العمل و هذا ما يؤدي إلى ظهور حالة من الاكتئاب **دوما** (1981) **Dumas**

1 3 2 - **التناول السلوكي الاكتئاب:** يؤكد التناول السلوكي للاكتئاب على أن هذا الانفعال هو نتيجة لحالة فقدان الفرد للتعزيز الإيجابي و ذلك نظرا لتراكم الأحداث البيئية السيئة في حياته، مما يحدث لديه شعورا بالإحباط يؤدي تدريجيا إلى انطفاء دافعية الفرد الذي يصبح فاقدا للنشاط و للشعور بالقيمة **كوترو Gottraux** (1990). و نظرا لأن شعور الاكتئاب هو العلامة الأساسية التي تشير إلى حالة الإحباط النفسية، فإنه يزداد إثر انعدام التعزيزات السلبية مثل: العقوبات **فونتان** (1984) **Fontaine**، علما بأن الظروف المعيشية و أحداث الحياة تمثل المنطلق الانفعالي الذي يخضع إلى أسس الاشراط الإجرائي التي تحدث عنه **سكينر Skinner** إذ يخضع سلوك الشخص المكتئب إلى الانطفاء بمجرد غياب التعزيزات الاجتماعية الإيجابية **كسافي** (1977) **Xavier**

1 3 3 - **التناول المعرفي للاكتئاب:** جاء التناول المعرفي للاكتئاب ليبين مدى أهمية الفروق الفردية بين الأشخاص في تفجير هذا الانفعال الخاص إذ لا تمثل الأحداث الحياتية المؤلمة المنطلق الأساسي لهذا الشعور، بل هي الطريقة التي يقوم من خلالها الفرد بتحليل المعلومات، فينطلق هذا التناول من مسلمة أساسية و هي أن الشخص المكتئب يظهر مخططات معرفية مضطربة تضم مجموعة من قوانين الصارمة التي يطبقها الفرد على نفسه بدون أية ليونة فهي كثيرا ما تأخذ شكل أوامر تبدأ بلفظ "يجب" و تفتح المجال لعدة أحكام سلبية يطلقها الفرد على نفسه إذا لم يتمكن من تحقيق كل الالتزامات التي يضمن أنه من الواجب عليه تحقيقها **كوترو** (1990) **Cottraux** و يؤكد **باك Beck** (1978) بأن الاكتئاب راجع إلى اضطراب التفكير المنطقي و العقلاني و هو يعتبر ترجمة انفعالية لمخططات لا عقلانية تضم ثلاثية معرفية خاصة تشمل:

1. النظرة السلبية للذات: احتقار الذات و التقليل من أهميتها و تقييم سلبي لقدرات الشخصية.
2. النظرة السلبية للعالم الخارجي : و هي نظرة مشوهة، تتمثل في الإقتناع بأن العالم الخارجي مملوء بالعوائق التي تحول دون تحقيق الفرد لأهدافه.

3. النظرة السلبية نحو المستقبل: ينظر الشخص المكتئب نحو مستقبله نظرة تشاؤمية جدا إذ لا يرى مخرجا للوضعية التي يعيشها و يرفض حتى تغيير طريقة تفكيره **باك** (1916) **Beck** و قد أكد الباحث **إليس** (1961) **Ellis** بإن الحوادث الحياتية الخارجية ليست لها علاقة مباشرة بانفعالاتنا بل هي التي تحدد إيجابية أو سلبية المشاعر التي يحس بها.

و قد حصر **إليس** (1961) **Ellis** أنظمة المعتقدات اللاعقلانية التي تشمل الواجبات و الالتزامات في عشر(10) معتقدات نذكرها فيما يلي:

1) – يجب أن تكون محبوبا و مقبولا دائما من طرف الجميع.
2) – يجب أن تكون موهوبا و قادرا على القيام بشيء مهم.
3) – الأمور تكون كارثة إذا لم تحدث الأشياء كما أردت.
4) – إن الأشخاص الذين يؤذونك هم أشخاص سيؤون و عليه يتوجب عقابهم و توبيخهم.
5) – إذا كان هناك شيء مهدد، فيجب أن تقلق أو تظطرب.
6) – يجب أن تجد الحلول إزاء المشكلات لجعل الحياة أفضل.
7) – إن المأساة الداخلية و الانفعالية تأتي من الضغوطات الخارجية لذا فإن الفرد لا يملك إلا القدرة الضئيلة في السيطرة على أحزانه و أتعابه.
8) – من الأسهل تجنب صعوبات الحياة و المسؤوليات الذاتية من أن تواجهها.
9) – إن تاريخ الفرد و قصته السابقة هما اللذان يحددان سلوك الفرد الحالي و ذلك لأن ما كان له تأثير كبير في السابق على سلوك الفرد يجب أن يكون له تأثيرا مماثلا.
10) – يمكنك بلوغ السعادة من خلال الكسل و إرضاء الآخرين سابا دون أن تتدخل شخصيا.

لقد اتفق كل من **بك** (1964) **Beck** و **إليس** (1961) **Ellis** على وجود اضطرابات معرفية لا عقلانية تحدد نوعية الحالة الانفعالية التي يكون عليها الأشخاص لمشاعر الاكتئاب التي تنطلق من اعتقادات راسخة في جهاز التفكير و التي تملي على الفرد عدة سلوكات منها السلوكات التجنبية التي تؤثر على صحته.

المبحث الرابع

المقاومة

تمهيد:

يسعى الإنسان دائما على الحفاظ على توازنه Homéostasie و ذلك بالدفاع عن نفسه ضد مختلف العراقيل التي تعترض طريقه والتي تحدث لديه شعورا بالإحباط و بعدم الأمان.

لهذا، كان لا بد من البحث عن الطرق السلمية التي تسمح له بمواجهة الواقع و ذلك لضمان الراحة النفسية و الوقائية من الآثار السلبية للضغط النفسي – الاجتماعي.

اهتم العلماء بدراسة إستراتجية المقاومة المستعملة من طرف الأشخاص في مواجهة الوضعيات الضاغطة و ذلك انطلاقا من المنظور التحليلي الخاص بسيكولوجية الأنا Ego-Psychology إلى المنظور المعرفي و تعاريف المقاومة حسب **فولكمان Folkman** و **لازاروس Lazarus** (1981) و نظرا لأهمية هذا المفهوم في دراستنا إذ أكد **نيورا Niaura** (1992) على أن المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي يستعملون عامة ميكانيزمات تكيفيه سيئة لمواجهة الضغط، ارتأينا تخصيص هذا المبحث لمفهوم المقاومة للتعرف أكثر على ميكانيزماته و فعاليته في الواقع.

1. أصل مفهوم المقاومة:

منذ عشرون سنة تقريبا، ظهر نموذج خاص في علم النفس – المرضي يدور أساسا حول مفهوم المقاومة Coping إن ترجمة هذا المفهوم تعد صعبة نوعا ما، ففي اللغة يعني لفظ To cope with التعامل مع أو " Faire avec" حيث اقترحت عدة ألفاظ نذكر منها: استراتجيات التكيف Stratégie d'adaptation، أو التأقلم Accommodation، و لكنها لا تدل تماما على المغزى الحقيقي لهذا اللفظ. و ظهرت في بادئ الأمر كلمة الكوبنج Coping للاستدلال بالاستجابة الخصوصية للضغط عند الحيوان إذ ميز العلماء بين استراتيجيات التكيف نحو الهجوم أو المواجهة كرد فعل للشعور بالغضب أمام وضعية ضاغطة.

لقد اهتم رواد منظور سيكولوجية الأنا التحليلية بمفهوم المقاومة و كان على رأسهم **كلاين** **Klein** (1957) حيث درسوا عن قرب مجموع العوامل التي تسمح للأفراد بتطوير استراتيجيات دفاعية مختلفة حسب اختلاف شخصيتهم و قد استعان رواد هذا المنظور بمفاهيم علم النفس المعرفي وخاصة مفهوم الإدراك Perception في محاولة استخلاص بروفيلات سيكولوجية Profils Psychologiques مميزة لكل نمط من المقاومة. ثم جاءت أبحاث **لازاروس** (1966) الذي اعتمد على دراسات رواد منظور سيكولوجية الأنا في وضع الأسس النظرية لمفهوم المقاومة، و لكنه أراد تجاوز ميزات شخصية الأفراد ليضيف إليها البعد السلوكي Dimension Comportementale حيث يؤكد هذا الباحث بأن مميزات الشخصية لا يمكن لوحدها أن تنبأ بالطريقة التي يواجه بها الشخص الضغط النفسي – الاجتماعي، لهذا أعيد استعمال هذا المفهوم ليستدل به في آن واحد عن ميزات الشخصية و الأنماط السلوكية المثيرة للضغط **دانتشيف** (1989) **Dantchev.**

ويعرف **لازاروس** و **فولكمان** مفهوم المقاومة على أنه مجموعة الجهود المعرفية و السلوكية التي تهدف إلى التحكم أو تحمل عبء المتطلبات الداخلية و الخارجية التي تهدد الشخص أو تفوق موارده. فاستراتجيات المقاومة إذن هي مجمل العمليات المعرفية، و الأنماط السلوكية والموارد السيكولوجية و الدفاعات النفسية المستعملة بهدف التكيف مع الضغوطات الداخلية و الخارجية.

2. استراتجيات المقاومة حسب منظور سيكولوجية الأنا:

يرى أصحاب المنظور التحليلي القائم على سيكولوجية الأنا بأن الوظيفة الأساسية للأنا تكمن في الحفاظ على توازن الجهاز التنفسي و الجهاز الفيزيولوجي. و يكون الأنا دوما تحت ضغط المتطلبات الداخلية الغريزية و الاحتياطات السوماتية و التهديدات و المطالب الآتية من المحيط مما يدفعه إلى بلورة عدة ميكانيزمات تسمح له بمواجهة الضغط و هي:

2 – 1 – تدعيم حب الذات:

في حالة الشعور بالإحباط الذي تحدثه بعض المواقف، و يكون هذا عن طريق البث عن رضى الآخرين و ذلك باللجوء إلى السلوك نكوصي طفلي Comportement Régréssif.

2 – 2 – الانسحاب الانفعالي Retrait Emotionnel :

و يكون في بعض الأحيان عن طريق النوم لعدة ساعات طويلة و بشكل مثير للانتباه.

2 – 3 – البحث عن سند اجتماعي:

و ذلك بالتعبير اللفظي عن المشاعر السلبية و هدفه تجنب الشعور بالوحدة.

2 – 4 – العقلنة Intellectualisation:

أي تحليل عقلاني للوضعية الضاغطة و إعطاء تفسير مؤقت لها يكون إيجابيا و لكنه غير مناسب مع الواقع المعاش إذ يلجأ الشخص إلى تجريد الحدث الضاغط من شحنته الانفعالية.

2 – 5- التخلص من الضغط عن طريق الفعل Action:

و الذي يعتبر طريقة من بين الطرق التي تسمح للشخص بترجمة القلق الذي يشعر به إلى عمل أو ممارسة الرياضة، و هي من بين وسائل الإعلاء Sublimation التي تستعمل لتجنب تأثير النزوات العدوانية Pulsions agressives.

2 – 6 – الابتعاد عن الواقع Retrait de la réalité:

و ذلك عن طريق النسيان.

2 – 7 – التظاهرات الجسمية Manifestations Organiques:

التي كثير ما تسمح بالتخلص السلبي من الضغط و هي: التدخين، الأكل بسرعة كبيرة أو الأكل بكثرة.

3. استراتجيات المقاومة حسب المنظور المعرفي:

يصف **فرانتش** و أتباعه (1974) استراتيجيات المقاومة علي أنها محاولة من الفرد لتحسين تأقلمه مع المحيط و ذلك للوقاية من الآثار السلبية للضغط النفسي – الاجتماعي.

و لقد اهتمت أبحاث كثيرة **فلوهر Flohr** (1984) و **جيبس Gibess** (1986) بإحصاء استراتيجيات المقاومة و استعمل لها استبيانات و مقابلات تحتوي على الأنماط التي يستعملها الأشخاص لمواجهة ظروف الحياة الضاغطة، و تم استعمال التحليل العاملي Analyse factorielle و لتمكن من تصنيف مختلف استراتيجيات المقاومة.

3 – 1 – أنواع استراتيجيات المقاومة:

تميز نظريات المقاومة بين نوعين من استراتيجيات المقاومة هي:

- **المقاومة المتمركزة حول الانفعال** Emotionel Focused-Coping**:** و تحتوي على مجموع الأفعال و الأفكار التي ترمي إلى مراقبة الأحاسيس غير المرغوب فيها و الناتجة عن الوضعيات الضاغطة **روزنتال Rosental**(1964).
- **المقاومة المتمركزة حول المشكل Problem Focused Coping**: و تتمثل في العمليات المباشرة الموجهة نحو المحيط أو نحو الذات و ذلك لتبديل أو تعديل الظروف الحياتية التي يقيمها الفرد على أنها مهددة لراحته **فولكمان Folkman** (1984).
  و تعمل هذه استراتيجيات على محاولة إحداث تغيير في إشكالية فرد – محيط و تسمح للفرد باكتساب مهارات لتغيير إيجابي للوضعية التي يعيشها، مما يساهم في تغيير الحالة الانفعالية.

3 – 1 – 1- أنواع استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال:

تعمل استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول الانفعال على تغيير الاستجابة الانفعالية و ذلك

بتغيير درجة الانتباه عن طريق ميكانيزمات التجنب و الهروب أو البحث عن سند اجتماعي أو المراقبة الذاتية لرد الفعل الانفعالي، ويستعين الفرد بالنشاط المعرفي Activité cognitive الذي بإمكانه التأثير على المغزى الذاتي للتجربة **ميكانيك** (1978) **Mechanic**.

و من النشاطات المعرفية المعروفة في هاته الحالة إعادة تقييم الوضعية الضاغطة مع الابتعاد الفكري Réévaluation d’une situation de stress avec recul و الإفراط في اعتبار الجوانب الإيجابية لوضعية ما والتقييم الإيجابي المتمثل في تحويل الظرف المهدد إلى تحدي.

3– 1- 2 - ***استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول المشكل:***

تسمح استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول المشكل للفرد بإحداث تغيير إما للوضعية الواقعية المثيرة للضغط أو للتقييم السلبي الذي يقوم به الشخص تجاه الحدث الضاغط أو للوجدان المرتبط بالوضعية المثيرة للضغط. و من بين الإستراتيجيات المقاومة المتمركزة حول المشكل نذكر: المواجهة Confrontation التخطيط Planification **دانتشيف Dantchev** (1989).

و يؤكد **لازاروس Lazarus** (1984) على أن هذا النوع من أشكال المقاومة موجه نحو تحديد المشكل و إيجاد حلول له و تحديد فعالية أو عواقب هذه الحلول ثم انتقاء واحد منها و تجربتها.

4- أنماط استراتجيات المقاومة:

يؤكد لازاروس على أن الفرد في مواجهته للوضعيات الضاغطة المزمنة، يصادف مصدرين أساسيين للضغط النفسي و هما:

- الوضعية في حد ذاتها: إذ تهدد حياته أو تجعله يفقد تقييمه الإيجابي لذاته.
- رد الفعل للوضعية الضاغطة: الذي يمكن أن يهدد بدوره مفهوم ذاته، إذ لا يدرك الفرد الوضعية فقط كمصدر للضغط بل يتعدى ذلك ردود فعله اتجاه الضغط التي يدركها

كعامل مهدد لراحته النفسية، لهذا استخلص **لازاروس** على أن هناك أربعة أنماط من استراتيجيات المقاومة و هي :

- الأنماط التي تؤثر على الوضعية الضاغطة من الناحية السلوكية Behavioral Problem Focused-Coping.
- الأنماط التي تؤثر على الوضعية الضاغطة من الناحية المعرفية Cognitive Problem Focused-Coping.

و تستعمل الأنماط التي تؤثر على الوضعية الضاغطة من الناحية السلوكية و المعرفية في نطاق المقاومات المتمركزة حول المشكل و تليها:

- الأنماط التي تؤثر على الانفعال من الناحية السلوكية Bihavioral Emotion Focused-Coping.
- الأنماط التي تؤثر على الانفعال من الناحية المعرفية Cognitive Emotion Focused-Coping.

4 – 1 – وظائف أنماط استراتيجيات المقاومة:

من التقنيات السلوكية المستعملة لمواجهة المشكل تلك التي تهدف إلى تغيير ظروف وضعية ما والتي يدركها الفرد على أنها مهددة لراحته، ومنها: التجنب أو الابتعاد عن الوضعية الضاغطة أو تغيير بعض الظروف المهددة بظروف أخرى تحدث شعورا أو تسمح بإيجاد الحلول.

يؤكد **قروس Gross** (1981) على أن معظم الأمهات يفضلن الابتعاد المؤقت عن أطفالهن بهدف معاقبتهم إثر قيام بسلوكات سلبية.

كما يمكن التأثير على الوضعيات المثيرة للضغط من الناحية المعرفية و ذلك عن طريق إعادة تقييم الحدث الضاغط فيلجأ الأفراد الذين يصادفهم مشكل مالي مثلا إلى التقليل من أهمية المال أو يلجئون على مقارنة أنفسهم بمن هم أقل غنى منهم **بيرلين Pearlin** (1978).

في حالة ما أخفق الفرد في الأنماط السلوكية و المعرفية للمقاومات المتمركزة حول المشكل، قد يلجأ إلى المقاومات المتمركزة حول الانفعال بنمطيها السلوكي و المعرفي إذ يعمل الشخص على التأثير السلوكي على ردود الفعل التي يحدثها انفعال سلبي تجاه وضعية ضاغطة و ذلك باستعمال مثيرات مثل: القهوة و التدخين أو تناول الكحول أو حتى الانفعال **زيلمن Zilman** (1978)، و من التقنيات المعرفية الخاصة بالمقاومة المتمركزة حول الانفعال: إعادة تحليل و تقييم الوضعية الضاغطة واستبدالها بأفكار أثر إيجابية **تويتس Thoits**.

5 – فعالية استراتيجيات المقاومة:

يؤكد **لازاروس** على أن الاستجابة للضغط تترتب على الطريقة التي يدرك بها الفرد الوضعية الضاغطة إذ يقوم بتقييم لهاته الوضعية:

- التقييم الأول Primary Appraisal: و المغزى منه هو تفهم الوضع بالرجوع إلى خبرات الفرد السابقة.
- التقييم الثاني Secondary Appraisal: ويعتبر أكثر دقة من التقييم الأول حيث يسعى الفرد إلى استنتاج خصوصيات الموقف إذ يسمح له هذا التقييم بتكييف قدراته و مهاراته مع وضعية الضغط Coping Mechanisme وأخيرا يتخذ القرار و يصنف لازاروس استجابة الأفراد إلى صنفين:

- **الصنف الأول**: يتميز بالنشاط، المواجهة و التصدي للوضعية الضاغطة و محاولة التحكم فيها و يطلق عليه إسم: الأداء المباشر Direct Action.

الصنف الثاني: يتمثل في الحل الثاني للمشكلة، و قد يكون هذا الحل إيجابي أو سلبي.

الفصل الثالث

سلوك إهمال العلاج المضاد لارتفاع الضغط الشرياني الأساسي

المبحث الأول

العلاج المضاد لارتفاع الضغط الشريانى الأساسى

تمهيد:

يستلزم التشخيص العلمي الإكلينيكي لمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي انطلاق عملية العلاج الكيميائي التي تعتبر هامة جدا و ضرورية للتخفيف من حدة الضغط و الوقاية من المضاعفات الخطيرة التي من الممكن أن يتعرض إليها المريض إذا لم يخضع للعلاج، علما أن عملية تناول الدواء تستمر طوال الحياة و لا يمكن أبدا الاستغناء عنها.

و سيتم التطرق إلى أهمية العلاج الكيميائي و أثر مختلف الأدوية المضادة لارتفاع الضغط الشرياني على الجهاز القلبي – الوعائي و شروط انطلاق العملية العلاجية كما سيتم التطرق إلى الطرق العلاجية الكيميائية لمرض الارتفاع الضغط الشرياني الأساسي التي تعد هامة و مكملة للعلاج الكيميائي علما بأنها تعتمد أساسا على إرادة المريض و وعيه بضرورة المشاركة الفعالة في العملية العلاجية.

1 – انطلاق العملية العلاجية:

يؤكد **جروس Gross** (1993) على أن العلاج المضاد لارتفاع الضغط الشرياني يعتبر من أحسن الطرق العلاجية التي توصل إليها العلم الحديث، لكن الأدوية باختلاف أشكالها و أنواعها هي مركبات كيميائية لها آثار جانبية Effets secondaires لا بد من محاولة تفاديها. لهذا السبب، و بما أن الهدف الأول الذي يسعى إليه الطبيب هو التخفيض الفعلي لأرقام الضغط الشرياني باللجوء إلى علاج بسيط غير معقد عبر مرحلتين:

1 – 1- المرحلة الأولى: العلاج الأحادي Monothérapie:

و المتمثلة في إخضاع المريض إلى نوع واحد من الأدوية و ملاحظة تطور حالته لمدة تتراوح بين أسبوعين إلى أربعة أسابيع، و إذا ما اتضح أن رد فعل المريض لهذا الدواء يعد غير مرضي Non satisfaisant، يلجأ الطبيب إلى الرفع التدريجي لجرعة الدواء مع التحلي بكثير من الحذر و ملاحظة ردود فعل المريض عن قرب. أما في حالة ما إذا لاحظ الطبيب أن أرقام الضغط الشرياني لم تنخفض و ذلك بعد مرور عدة أسابيع أو عدة أشهر من العلاج الأحادي، يمر إلى مرحلة موالية.

1 – 2 – المرحلة الثانية: العلاج الكيميائي المتعدد الأدوية Poly Chimiothérapie:

الهدف منه هو استعمال الأدوية المضادة لارتفاع الضغط الشرياني بجرع منخفضة جدا.
يحذر الأطباء من التخفيض المفاجئ لأرقام الضغط الذي يقوم بإتعاب القلب إذ يبقى التخفيض التدريجي من أحسن الطرق للوقاية من ارتفاع الضغط الشرياني كما ينصح الأطباء أن يكون العلاج كيميائي مناسبا للمريض إذ يستلزم ملاحظة هذا الأخير عن قرب، و يحبذ أن يكون العلاج عن طريق أدوية متعددة بدلا من العلاج الذي يلجأ إلى دواء واحد وذلك لتفادي الآثار الجانبية التي يحدثها الدواء الواحد التي تكون جرعته مرتفعة جدا.

2 – الأدوية المضادة لارتفاع الضغط الشرياني الأساسي:

تختلف الأدوية المضادة لارتفاع الضغط الشرياني الأساسي في تركيبتها الكيميائية Composants Chimiques و خاصة في آثارها الخصوصية على الجهاز القلبي الوعائي، فيختص كل دواء بمفعول معين يميزه عن الأدوية الأخرى، و كثيرا ما يصف

الأطباء نوعيين من أو حتى ثلاثة أنواع من الأدوية للمريض الواحد و ذلك لضمان الحصول على نتائج أكثر إيجابية بشرط أن يلتزم المريض بالمحافظة على العلاج الدوائي.

2-1– النوع الأول: الأدوية المثيرة للتبول Médicaments Diurétiques:

كثيرا ما تؤدي كمية الماء في الدم Volémie إلى إحداث ضغط على جوانب الأوعية الدموية محدثة ارتفاعا في الضغط الشرياني خاصة في حالة الإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني لهذا تعمل الأدوية على التخفيض من كمية الماء في الدم وذلك عن طريق التبول، لهذا نجد مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الخاضعين لهذا النوع من الأدوية كثيري التبول.

و نذكر من بين هذه الأدوية ما يعرف ب: الفيروزميد Furosemide أو بالاسم الاقتصادي الأزيليكس Lazilix.

2-2– النوع الثاني: الأدوية المضادة لمراكز الاستقبال "بيتا" Les Beta Bloquants:

تعمل مراكز الاستقبال "بيتا" Les Récepteur Beta الموجودة في الأوعية الدموية على حث إفراز مادة الأدرينالين Adrénaline التي تعمل على إحداث تقليص على مستوى الأوعية Vasoconstriction، إذ يؤدي هذا التقليص إلى ارتفاع الضغط الشرياني عند الشخص العادي و ذلك في حالات القلق أو الخوف أو الارتباك. أما في حالة الإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني، فقد تزيد مادة الأدرينالين من حدة الضغط و بالتالي قد تعرض المريض إلى مضاعفات خطيرة.

لهذا تعمل الأدوية المضادة لمراكز الاستقبال "بيتا" على عرقلة العمل العادي لهاته المراكز، فبدل أن تعرض الأوعية إلى تقليص ناتج عن إفراز مادة الأدرينالين، يحدث أن تتوسع لتسمح بالمرور العادي للدم حتى في حالة القلق أو الضغط النفسي و من بين هاته الأدوية نذكر ما يعرف ب**:** الأسيبيتولول Acebutolol أو اقتصاديا السكترال Sectral.

2–3– النوع الثالث: الأدوية المحدثة لكف في أثر مادة الكالسيوم Les Inhibiteurs Calciques:

تؤدي مادة الكالسيوم Calcium المفرزة في الدم إلى إحداث تقليص على مستوى العضلات Muscles المكونة لجوانب الأوعية الدموية Vaisseaux sanguins و تحدث ارتفاعا

للضغط الشرياني و ذلك عند الشخص العادي و في الحالات الخاصة أي عند الشعور بالقلق مثلا.

أما عند الشخص المصاب بارتفاع الضغط الشرياني، فقد تزيد هاته العملية من خطورة حالته الصحية، لهذا يعمل الأطباء على وصف الأدوية التي تحدث كفا Inhibition لأثر مادة الكالسيوم على العضلات المكونة لجوانب الأوعية و ذلك لتجنب تقليص الأوعية و بالتالي التحكم في ارتفاع الضغط الشرياني و من بين هاته الأدوية نذكر:النيفيديبين Nifedipine أو ما يعرف في السوق ب: الأدلات Adalate.

2 – 4 – النوع الرابع: الأدوية المحدثة لكف في عمل أنزيم التحويل

:Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion

في حالة العادية تتحول مادة الأنجيوتنسين 1 (Angiotensine 1) إلى مادة الأنجيوتنسين 2 (Angiotensine 2) وذلك بفضل " أنزيم التحويل Enzyme de conversion " ويعمل هذا على تقليص جوانب الأوعية الدموية محدثا ارتفاعا للضغط الشرياني في الحالات الخاصة مثل:

ممارسة الرياضة أو القيام بمجهود عضلي أو القلق، و قد تزيد هاته العملية من خطورة مرض ارتفاع الضغط الشرياني إذ تعمل الأدوية الخاصة بكف عمل أنزيم التحويل على منع عملية تحويل مادة الأنجيوتنسين 1 إلى مادة الأنجيوتنسين 2 أي منع أنزيم التحويل من القيام بدورها.

3 – الطرق العلاجية غير الكيميائية لمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي:

3 - 1 – الإنقاص من الوزن و التخفيض من استهلاك المواد الدسمة:

زيادة الوزن ليست بالخاصية المشتركة لدى جميع مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي لكن الأكثرية ممن يعانون من زيادة كبيرة في الوزن يظهرون ارتفاعا في الضغط الشرياني لهذا كان لا بد من نصحهم بالعمل على الإنقاص من وزنهم كطريقة من بين الطرق غير الكيميائية للتخفيف من ارتفاع الضغط الشرياني، حيث ترى الدكتورة **رودين Rodine**

(1996) بأن " من أحسن الطرق للوقاية من السمنة هي تغيير أوقات الأكل المعهودة و هي تقنية سلوكية مفيدة جدا، حيث تسمح بعزل المثير عن الإجابة".

كما تنصح الدكتورة بتجنب عادات الأكل الأوتوماتيكية و التي كثيرا ما يقوم بها الأشخاص أثناء مشاهدة التلفزة، كما تنصح الأشخاص الذين يستجيبون للعوامل الانفعالية كمثير لاستجابة الأكل بالبحث عن بديل أكثر إيجابية يجلب المتعة و الراحة كالرياضة مثلا. ثم لابد من ملاحظة عادات الأكل و ذلك أثناء الحفلات و المناسبات الخاصة.

و يؤكد **بارنار Barnard** (1992) على أهمية التعرف على تركيبة المواد الغذائية و تجنب تلك الأغذية الغنية بالمواد الدسمة خاصة منها الحيوانية التي تحدث ترسب مادة الكولسترول Cholestérol في جوانب الشرايين مؤدية إلى الإصابة بمرض الطبقة الداخلية للشرايين Athérosclérose الذي يعد من أخطر الأمراض التي تؤدي إلى الإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني، و إلى مضاعفات خطيرة منها: النزيف الدموي الدماغي و الذكة القلبية.

و من بين التقنيات العلاجية التي تقترح على مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي هو استعمال ما يسمى: الدفتر الغذائي Carnet alimentaire حيث يقوم المريض بتسجيل أوقات الأكل، مكان الأكل، الأشخاص الموجودين أثناء الأكل، الحوادث و الأفكار التي سبقت سلوك الأكل، وتسمح هذه الطريقة بتصحيح السلوكات السلبية و الوعي بالمثيرات التي تصاحب و تسبق سلوك الأكل **بريتار Perterre** (1991). و يتفق معظم الباحثون: سيقال **Segal** (1989)، سيلفربرغ **Silver Berg** (1990)، **بريتار Perterre** (1991)، على الدور الذي يلعبه القلق Angoisse في تحفيز سلوك الإفراط في الأكل Boulimie لهذا فهم ينصحون المرضى بالاتجاه إلى مصالح الطب النفسي و ذلك لاستفادة من حصص الاسترخاء Relaxation، و التي تسمح في تفكيك الحلقة المعتادة:

[حالة الضغط – حالة الجوع الذاتية – سلوك الأكل]

[Tension – Faim Subjective – Prise Alimentaire]

3 – 2 – التخفيض من تناول مادة الملح:

إن التخفيض من تناول مادة الملح، أي الالتزام بعدم تجاوز نسبة 400 ميليغرام يوميا لديه أثر على التخفيف من ارقام الضغط الشرياني، حيث بينت دراسات **ستراسر Strasser** (1992) بأن التخفيض البسيط والفعلي للنسبة اليومية لمادة الملح المستهلكة تؤدي إلى تخفيف الفعلي لأرقام الضغط الشرياني الأساسي حتى و إن كان هذا التخفيف بسيط. و ينصح العلماء المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي بمراقبة تركيبة المواد الغذائية و تجنب تلك التي تحتوي على كميات مرتفعة من مادة الملح **لوفت Luft** (1984) - **سلوان Sloan** (1980) – **نوقنت Nugent** (1992)].

3 – 3 – التمرين الرياضي:

يؤكد الباحثون على أن التمرين الرياضي المتوازن الخالي من العنف و الذي يسمح بالحصول على راحة نفسية و عقلية قد يؤدي إلى التخفيض من نسبة الكولسترول Cholestérol في الدم [**بيترو Pertero** – **بينسون Benson** (1979)] كما بينت الأبحاث التي أجريت على عينة تتكون من 17000 طالب بجامعة هارفارد الأمريكية (1985) على أن احتمال إصابة بالأمراض القلبية الوعائية و منها مرض ارتفاع الضغط الشرياني، ينخفض بفضل الممارسة المنظمة و المعقولة للرياضة و منها: رياضة السباحة و المشي و الدراجة، بينما احتمال إصابة بالأمراض القلبية الوعائية لا ينخفض عند الذين يمارسون الرياضة بشكل مبالغ فيه بحيث تصبح مثيرة للضغط و متعبة للقلب.

3 – 4 – الكف عن التدخين:

يؤكد الدكتور قران **Gran** (1991) بأن احتمال الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية يزيد بنسبة 50 إلى 60 % عند الأفراد المدخنين منه عند الأفراد غير المدخنين. و لمساعدة المدخنين على الكف عن التدخين، تم وضع تقنيات خضعت للدراسة الدقيقة كتلك التي اقترحها " المجلس التربوي للصحة" "Health Education Cuncil" التابع لجامعة اسكتلندا (1990) و التي نذكر منها:

- أن يختار المدخن مكان بارد و مثير للاشمئزاز و ذلك قبل أسبوعين أو ثلاثة من الكف عن التدخين و هي تقنية سلوكية تسمح بربط سلوك التدخين بالشعور بالنفور الذي يحدثه المكان.
- المراقبة الذاتية Self Monitoring لسلوك التدخين قبل الكف عنه، كملاحظة الأوقات الخاصة التي تظهر فيها الرغبة في التدخين و الأشخاص المراقبين للمدخن، و ذلك بهدف الوعي بالسيطرة التي يحدثها سلوك التدخين على حياة الشخص و من تم فسح المجال للتفكير في العدول على مثل هذا السلوك. و يؤكد الدكتور **بولينيو Polunieu** (1981) على أن العدول عن سلوك التدخين يحتاج إلى إرادة و شجاعة و ينصح المدخنين بعدم الاستسلام لليأس و المثابرة في حالة الفشل و عدم القدرة على التحكم في النفس.

3 – 5 – الاسترخاء Relaxation:

يؤكد **بريتار Perterre** (1991) على أن تقنية الاسترخاء تعتبر مضادة للضغط النفسي Antidote du stress حيث تحدث تأثير إيجابي على الشخص المصاب بارتفاع الضغط الشرياني إذ يؤدي إلى التخفيض من نشاط الجهاز السامباتي Activité Sympatique. و بالتالي تهدئة دقات القلب و التخفيف من أرقام الضغط الشرياني.

و قد أوضح العلماء برامج علاجية غير طبية للتخفيف من آثار الضغط النفسي Stress Management تعتمد على الحصص الاسترخائية، حيث بينت دراسة قام بها **إيرفن Irvine**، **جونستن Johnston** و **جنر Jenner** (1986) على عينة تتكون من اثنان و ثلاثون مريض بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي حيث تم تطبيق حصص استرخائية على ستة عشر مريضا أي على نصف العينة بينما شكل الصنف الآخر المجموعة الضابطة و قد دام العلاج مدة عشرة أسابيع، متبوعة بمتابعة المرضى دامت ثلاثة أشهر.

و تم البرهنة على فعالية تقنية الاسترخاء، حيث تبين أن هناك انخفاض محسوس في أرقام الضغط الشرياني لدى أفراد العينة التجريبية بالمقارنة مع أفراد العينة الضابطة، كما بينت دراسة أخرى قام بها **كراوثر Crowther** (1996) على عينة متكونة من أربع و ثلاثون فرد مصاب بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي تم إخضاعهم لحصص من الاسترخاء.

و تبين بعد مرور مدة ثماني أسابيع أن هناك انخفاض محسوس في أرقام الضغط الشرياني تم التأكد منه بعد مرور ستة أشهر على العلاج. و في نفس السياق، قام **قران Gran** (1991) بدراسة على عينة تحتوي على مائة و اثنان و عشرون (122) مريضا مصابا بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، و كان الهدف من الدراسات تبيان مدى فعالية الطرق غير الكيميائية Non Pharmacological methods في معالجة مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، حيث اقترح على أفراد العينة أربعة عشر (14) طريقة غير كيميائية و ترك الاختيار لكل مريض عل حدى، ومن بين هاته الطرق:

- التخفيض من نسبة الملح في الطعام، التمرين الرياضي و حصص الاسترخاء:

و تبين في آخر الدراسة أن المرضى الذين اختاروا حصص الاسترخاء قد سجلوا انخفاضا ملحوظا في أرقام الضغط، كما أنهم سجلوا انخفاضا قدره 55 % فيما يخص استعمال الأدوية المضادة لارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.

4 – التربية الصحية للمريض Education sanitaire du malade:

إن نجاح الإستراتجية العلاجية الكيميائية و غير كيميائية لمرضى بارتفاع الضغط الشرياني تقوم أساسا على التعاون بين المريض و الطبيب المعالج فالاهتمام بالمريض كشخص لديه أحاسيس و مشاعر يعمل على إنجاح العلاقة طبيب – مريض كما يؤكد على ذلك **بالينت Balint** (1987) فمن الضروري أن يقوم الطبيب بشرح أهمية العلاج الكيميائي للمريض و الهدف من هذا تشجيع المريض على التعاون الفعلي في العملية العلاجية، يحبذ الأطباء في أوروبا و أمريكا حضور أفراد العائلة المقابلات التي يجرونها مع المرضى، فكثيرا ما يحضر الزوج أو أي فرد من العائلة و ذلك لأهمية دور هذه الأخيرة في تشجيع المريض على تتبع العلاج الكيميائي.

كما يحبذ الأطباء الحصص الجماعية Séances de groupe التي تجري مع جماعة من المرضى المرفقين بأزواجهم الهدف منها السماح لهم بالتعبير الحر عن أحاسيسهم و ذلك في جو من التعاون الجماعي. إن دور الطبيب أو الممرض هو طمأنة المريض و تشجيعه و ليس إثارته، فمن البديهي أن تكون لغة الطبيب مناسبة مع المستوى التعليمي للمريض و شخصيته.

يحتاج المريض إلى نصائح ملموسة و واضحة حيث أنه كفيل بالمساهمة في عملية العلاج شرط أن يكون مقتنعا بذلك، فلا يمكن الانتظار من المريض أن يقوم بالتخفيض من كمية الملح في طعامه إذا لم يتم توجيهه فعليا بالشرح الدقيق و المقنع للآثار السلبية الناتجة عن الاستهلاك المبالغ لهاته المادة، نفس الشيء لوجود إنقاص الوزن التي تعتبر عملية متعبة و صعبة الإنجاز.

على العموم تعد التربية الصحية للمريض المصاب بمرض ارتفاع الضغط الشرياني هامة جدا و يستلزم لنجاحها تضافر جهود أفراد العائلة، و الأطباء و الممرضين.

المبحث الثانى

التفسيرات النظرية لسلوك إهمال العلاج المضاد لإرتفاع الضغط الشريانى الأساسى

تمهيد:

بين علماء الاجتماع و المختصين في علم النفس الاجتماعي بأن المرض يعتبر ظاهرة تتعدى إلى مدى بعيد الجانب الطبي، إذ يؤكد **هيرزليش** (1994)، بأن المرض ليس فقط مجموعة أعراض تدفع بالمريض إلى زيارة الطبيب و لكنها حدث مؤلم يهدد حياتنا و استقرارنا، فلا يمكننا أن ننفي البعد الاجتماعي و الثقافي للمرض الذي يعتبر أولا و قبل كل شيء "حدث اجتماعي " و يؤكد **لابلانتين** (1993) **Laplatine** بأن المرض هو معاش فردي لمريض ما لديه أبعادا نفسية و اجتماعية.

حيث أنه و حسب الثقافات، تكون هناك معاني خاصة لتجربة الألم و الأهمية المعطاة لأعضاء الجسم، ففي المجتمع الغربي مثلا يستثمر القلب كعضو أساسي في الجسم، عكس ذلك في بلدان أخرى إذ تعتبر الأمعاء مثلا المنطقة الأكثر حساسية و التي تفسر من خلالها الكثير من الآلام.

أكثر من كذلك، فإن ما قد يعتبر مرضيا في ثقافة ما لا يعتبر كذلك في ثقافة أخرى في حين أن تفسير المرض هو نفسه بالنسبة للطب. كما يقول **لابلانتين** "إن الأشخاص يعون المرض و يترجمون الحقيقة الطبية التي تعتبر وحيدة و موحدة حسب شخصيتهم و مجتمعهم و ثقافاتهم."

I. التفسيرات الخاصة بأسباب المرض:

يقترح **لابلاتين Laplatine** (1992) في كتابه "أنتروبولوجيا المرض Anthropologie de la maladie نموذجين لتفسير أسباب المرض:

1-1 - النموذج الأول: النموذج الخارجي:

يشير هذا النموذج إلى أن سبب المرض يعود إلى عامل خارجي واقعي أو رمزي و هو خارج عن إرادة المريض. من بين أولى التفسيرات التي أعطيت للأسباب الخارجية للمرض هو عامل التسمم Intoxication أي دخول مادة سامة للجسم و يتفق العلم مع المعتقدات في هذا الأمر أي وجود عامل خارجي يسبب المرض، و يختلفان في ماهية هذا العامل و كيفية دخوله الجسم، فبينما تعتبر المجتمعات البدائية الإفريقية منها و الغربية بأن هذا العامل الخارجي هو عبارة عن

سخط قوة سحرية عن الشخص المريض مما يجعل المرض يعبر عن ذنب اقترفه تجاه الإله أو أحد الأجداد الموقرين ، يرى النموذج العلمي البراجماتي بأن الشخص هو عرضة للتأثيرات الخارجية مثل: الميكروبات و غيرها وهي عوامل تعتبر مادية كما أنه عرضة لعوامل أخرى نفسية مثل الضغط النفسي لابلاتين Laplatine (1992).

1-2 - النموذج الثاني: النموذج الداخلي:

يرمي هذا النموذج إلى اعتبار سبب المرض على أنه سبب داخلي و يظهر في التفسيرات التقليدية كما أنه يظهر في التفسيرات العلمية الحديثة، كما هو الحال بالنسبة لكل الدراسات التي أجريت على الوراثة و التي تؤكد على وجود استعداد للإصابة بمرض ما غير أن هذه الدراسات أهملت شخصية الفرد بما لديها من خصوصيات يمكنها أن تشكل عامل من عوامل الإصابة بالمرض.

فإذا تكلمنا عن المرض المزمن مثلا كمرض ارتفاع الضغط الشرياني، فيمكن أن يفسر حدوث المرض على أنها نتيجة للقدر و أنه لا يستطيع المريض فعل أي شيء لمقاومة مرضه.

على العكس، فإن نموذج التحليل النفسي يعتبر الشخص مسؤولا لا شعوريا على الإصابة بهذا المرض و ليس العكس.

أصبح من البديهي إذن، يؤكد **لابلاتين** (1992) **Laplatine** أن لا نتكلم عن صفة واحدة للمرض بل صفات متعددة للمرض الذي نربطه دائما بالمحيط الاجتماعي و الثقافي للمريض و بالتالي، فلا يمكننا أن نفصل بين النموذج الخارجي و النموذج الداخلي للمرض و من المهم و الضروري أن يستمع الفريق الطبي إلى تصورات المريض لمرضه حسب ثقافته، و ميولا ته الشخصية و اعتمادا ته لأن رد فعل المريض لمرضه مرتبطا قبل كل شيء بالطريقة التي يعي بها مرضه من الناحية اعتقاداته الفردية و الاجتماعية و الثقافية و العائلية و هذا ما سوف يحدد علاقة الفرد بالعملية العلاجية.

2 - ***تعريف سلوك عدم التقيد بالعلاج الطبي:***

يعتبر سلوك عدم التقيد بالعلاج Non observance médicamenteuse من بين السلوكات التي يظهرها المرضى المصابين بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي **هاينس** **Hayns** (1999) بأن أعلى نسب إهمال العلاج الطبي وجدت على مستوى الأمراض المزمنة.

و يميز هذا السلوك علامات خاصة مثل:

- عدم أخذ الدواء في أوقاته المعتادة.
- نسيان الدواء الموصوف.
- الرفض التام للدواء.

برجمان (2002) **Bergman**

و يعرف **فريار** (1995) **Friard** سلوك التقيد بالعلاج Observance médicamenteuse على أنه عبارة عن درجة تطابق سلوك المريض مع نصائح وتعليمات الطبيب فيما يخص أخذ الدواء و تتبع الحمية. و يشير هذا الباحث إلى أن لفظ التطابق Complaisance استعمل لأول مرة في الفيزياء و يعني ميزات الأجسام المرنة التي تخضع إلى قوة فتقاس مرونتها بشدة تحملها لهذه القوة.

أما في الطب، فيشير هذا اللفظ إلى خضوع المريض للإرشادات و النصائح الطبية و يرى نفس الباحث بأن استعمال لفظ الخضوع Soumission و أصله فيزيائي للإشارة إلى المريض، يعتبر خطأ لأن المريض هنا يقارن بالمادة الجامدة مما يجعل من العلاقة بينه و بين الطبيب علاقة مبنية على سلطة الطبيب و قوته العلمية التي تدفع بالمريض إلى الخضوع و لا تعتبر بالتالي علاقة لأنه من المفروض أن يرتبط تقبل المريض للعلاج بعدة شروط منها: التحفيز، التقبل و حسن الإعلام الذي يسمح له بتقبل العلاج عن طريق مشاركته الفعالة في العملية العلاجية. كما يؤكد **لاشو** (1990) **Lacheux** بأن التكفل بالمريض الذي يظهر سلوك عدم التقيد بالعلاج يعتبر تكفلا لمقاومته Résistance تجاه المرض و الدواء، و يكون ذلك بإمداده بكل التوضيحات الخاصة بمرضه للسماح له بتقييم ما هو في صالحه و تمكينه من الاختيار الأفضل.

2 1- ***سلوك عدم التقيد بالعلاج المضاد ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي حسب المنظور السيكوسوماتي***:

يؤكد مورو (1983) Moreau على أن سلوك إهمال العلاج عند المصابين بالأمراض المزمنة كمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي يرجع غالبا إلى النقص الكبير في إعلام المصابين و تزويدهم بمعارف و معلومات عن المرض و عن أهمية الأدوية في العلاج، مما يدفع بهؤلاء إلى عدم التقيد بالعلاج و رفضهم التام لضرورة أخذ الأدوية طوال الحياة. هذا ما أكده **كالدوال** (1970) **Kaldwel** إذ توصل في دراسة طويلة على عينة من المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي إلى أن الأفراد الذين لا يتقيدون بالعلاج يتميزون بدرجة من الغضب و العدوانية كما يتميزون بالرفض التام لمرضهم و بالتالي للعلاج.

و يضيف الباحث أن رفض هؤلاء لمرضهم راجع إلى الضغط الاجتماعي الكبير الذي يعيشونه و خوفهم من عدم تمكنهم من القيام بأدوارهم الاجتماعية و المهنية.

اهتمت الدراسات السيكولوجية في هذا المجال باستخلاص بروفيلات سيكولوجية للمرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي الذي يظهرون سلوك عدم التقيد بالعلاج الطبي معتبرين في ذلك حالتهم المرضية المزمنة مصدرا أوليا للضغط النفسي الذي يشعرون به مقارنة بالمرضى الذين لا يظهرون هذا السلوك.

و لعل أهم دراسة في هذا المجال هي التي قام بها **كونسولي و صافار** (1993) **Consoli et Safar** اللّذان اقترحا أن سلوك إهمال العلاج المضاد لارتفاع الضغط الشرياني له علاقة بشخصية المرضى خاصة، و لا يمكن اعتباره ظاهرة فقط تعمل على عرقلة العلاقة بين الطبيب و مريضه. احتوت الدراسة 4614 مريضا مصابا بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، منهم 2307 مريض يظهر سلوك عدم التقيد بالعلاج و 2307 لا يظهرون هذا السلوك.

و قد حدد الباحثون معايير إهمال العلاج المضاد لارتفاع الضغط الشرياني الأساسي كما يلي:

- تناول الأدوية بصفة غير منتظمة.
- عدم الخضوع للمواعيد المحددة من طرف الطبيب.
- التوقف الإرادي و الذاتي عن تناول الأدوية دون استشارة الطبيب.

و لقد استعمل الباحثان استبيانا تضمن أسئلة للمرضى حول معاشهم النفسي لمرضهم و أهمية الأدوية بالنسبة لهم و كذلك المغزى الذي يعطونه لسلوك عدم التقيد بالعلاج المضاد لارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.

كما تم اللجوء إلى الاختبارات الإسقاطية قصد استخلاص مزايا خاصة بأفراد كل مجموعة إذ توصل الباحثان إلى الاستنتاج أن المرضى المهملين للعلاج المضاد لارتفاع الضغط الشرياني الأساسي يتميزون بعدوانية كبيرة و مقاومة للسلطة الطبية Pouvoir médical تجعلهم يرفضون التعامل مع الطبيب، في حين يتميز معظم المرضى المواظبين على العلاج بالتبعية و الخضوع للسلطة الطبية، كما يمتازون بكف الغضب و العدوانية و تجنب الصراعات.

يؤكد **كونسولي** (1985) **Consoli** بأن سلوك عدم التقيد بالعلاج الطبي لدى مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي لا يمكن أن نعتبره مرضيا بالمقارنة مع سلوك الخضوع للعلاج إذ يلجأ المرضى إلى رفض العلاج الطبي الذي يدوم طوال الحياة ظنا منهم أنه يقيد حريتهم و بالتالي فلا بد من اعتبار هذا السلوك شكل من أشكال طلب المساعدة و التفهم حتى و إن كان يأخذ صبغة سلبية.

و يرى **صافار** (1993) **Safar** بأن شخصية المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي تظهر بمظهرين معروفين متناقضين وفي نفس الوقت متكاملين.

3 - المظهر الأول: ينص على العاطفة الهشة التي تترجم بالحيرة و الانفعال.
4 - المظهر الثاني: يدل على مجموع المجهودات المبذولة للتحكم في الانفعالات و ذلك عن طريق السكون، التحفظ و مراقبة الاندفاع.

يشير المظهر الأول إلى الحساسية المبالغ فيها للضغط Hyperactivité au stress و يترجم فعليا بإهمال العلاج الطبي و عدم التقيد به.

أما المظهر الثاني، فيشير إلى كف العدوانية و التبعية التي تظهر على شكل سلوك التقيد بالعلاج.

2-2- سلوك عدم التقيد بالعلاج المضاد لارتفاع الضغط الشرياني الأساسي حسب المنظور المعرفي:

- عدم التقيد بالعلاج المضاد لارتفاع الضغط الشرياني الأساسي كرد فعل للضغط النفسي:

اهتم المعرفيون بظاهرة إهمال العلاج المضاد لارتفاع الضغط الشرياني الأساسي معتبرينها سلوكا خاصا يلجا إليه المرضى في رد فعلهم للضغط النفسي الذي يشعرون به. حيث يؤكد **سميث** (1991) **Smith** على أن الإصابة بالأمراض المزمنة كثيرا ما تكون مولدة لشعور خاص بالضغط النفسي الراجع أساسا إلي الإحساس بالنقص، هذا زيادة إلى التخوف الزائد من

فقدان الكيان الذاتي و كذلك الانزعاج من نظرات الغير التي تعتبر المرآة العاكسة لصورة الذات. و قد أكد **هربرت** و **كوهان** (1994) **Herbert et Cohen** على أن الضغط النفسي يحدث ردود أفعال خاصة يمكن التعرف عليه من خلال علامات القلق و الاكتئاب التي كثيرا ما تظهر على المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، هذا ما يؤدي بهم إلى إظهار بعض السلوكات المتميزة و المضرة عموما للصحة. و قد يستغرب البعض منا و هو يلاحظ مثل هاته السلوكات لدى المرضى و لكنها في الحقيقة تترجم فعليا حالة رفض لاشعورية للمرض.

و يؤكد هربرت و كوهان على أن هناك نوعان من الاستجابات السلوكية Behavioral response للضغط و هي:

2 2 1 - **النوع الأول**: التغيرات في الممارسات الصحية.

يظهر من خلال الاستمرارية و التفاوت في تكرار السلوكات اللاصحية مثل: الإفراط في التدخين إو المبالغة في تناول الكحول أو الإفراط في تناول مادة الملح أو الإكثار من تناول المواد الدسمة، و تكون هذه السلوكات بالغة الخطورة و خاصة بالنسبة للمرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الذين يعرضون أنفسهم لمضاعفات و تعقيدات معتبرة قد تزيد من خطورة حالتهم الصحية.

2 2 2 - **النوع الثاني**: عدم الالتزام بالنصائح الطبية.

يأخذ هذا النوع من الاستجابة السلوكية أشكال و هي:

- أخذ الدواء في وقت غير مناسب.
- عدم التردد على العيادة الطبية و تجنب المواعيد مع الطبيب.
- الانقطاع عن تناول الدواء لمدة معينة ثم العودة إلى تناوله من جديد و هذا دون استشارة الطبيب.
- التحجج المستمر بنسيان الدواء لتبرير عدم تناوله.
- الانقطاع الدائم عن تناول الدواء بمحض الإرادة و بدون استشارة الطبيب.

3 -إهمال العلاج المضاد لارتفاع الضغط الشرياني كرد فعل للعلاقة طبيب – مريض:

اهتم أصحاب المنظور المعرفي بنوعية العلاقة التي تربط الطبيب بالمريض المصاب بالمرض المزمن كمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي و مدى تأثير نوعية هاته العلاقة على ظهور سلوك إهمال العلاج، إذ اعتمدت دراسات **رواند** (1998) **Ronald** على تقييم الاعتقادات الذاتية Subgective beliefs للمرضى و النابعة أساسا من المعاش النفسي للمرض و مقارنتها بالاعتقادات الخاصة بالجهاز الطبي Medical beliefs قصد الإطلاع على مدى توافق الاعتقادات الخاصة بكلا الطرفين.

و قد لجأ رولند و أصحابه إلى تقنية المقابلة مع المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي حيث قاموا بطرح عدة أسئلة عليهم قصد التعرف على جهاز الاعتقادات الفردية و الجماعية الخاصة بهم أولا ثم تلك الخاصة بالجهاز الطبي المتعاملين معه. و قد تمكن الباحث من التعرف على مختلف الاعتقادات التي اتفق عليها المرضى و التي تبدو لنا هامة إذ تسمح لأي باحث أو لأي مختص نفساني في ممارسته العيادية بالتعامل مع المرضى والتقرب منهم بالشكل الصحيح.

و سنطرح مجموع هاته الاعتقادات فيما يلي:

1) الاعتقادات الخاصة بالتجارب الماضية مع المرض المزمن Beliefs about past experience with chronic illness: و تخص المعاش النفسي و العائلي و المتعلق أساسا بالوجود السابق للمرض المزمن في العائلة وبالتالي عن العلاقة الماضية مع الجهاز الطبي.

2) الاعتقادات الخاصة بالسواء Beliefs about normality

و تظهر أهميتها في إظهار ما هو سوي و ما هو مرضي بالنسبة للمريض و لعائلته ثم التعرف على مدى تأقلم المريض مع مرضه المزمن، كأن يضن المريض مثلا أن السواء يعني عدم الإصابة المرض.

3) الاعتقادات الخاصة بالعلاقة بين النفس والجسد Beliefs about relation between mind and body

و الهدف منها تقييم مدى وعي المريض المزمن بدور العامل النفسي مثل عامل الضغط في التأثير على الجسد.

4) الاعتقادات الخاصة بالتأثير الذاتي على الصحة Beliefs about personal influence on health.

تكمن أهمية هاته الاعتقادات في أنها تسمح لنا بمعرفة مدى وعي المريض بتأثيره الذاتي على صحته، فقد يضن مريضا ما بأنه المسؤول الأول في عملية الحفاظ على صحته كما قد يضن مريضا آخر بأن لا وجود للمسؤولية الذاتية بل أن المرض المزمن يرجع إلى عامل خارجي مثل: الحظ أو القدر.

5) <u>الاعتقادات الخاصة بأسباب المرض Beliefs about cause of illness</u>

كثيرا ما ترتبط هاته الاعتقادات بعوامل ثقافية ودينية كأن يعتقد بأن المرض المزمن يعتبر عيبا أو عقابا ربانيا. بعدما تم الإطلاع على الاعتقادات الذاتية و العائلية الخاصة بالمرضى المصابين بالأمراض المزمنة، تم تقييم الاعتقادات الخاصة بالجهاز الطبي حيث يؤكد **واين Wynne** و **شيلز Shiels** (1998) على أنها تعتبر مختلفة تماما عن اعتقادات المرضى إذ يرمي الأطباء إلى تأنيب المرضى الذين يظهرون سلوك إهمال العلاج دون الإطلاع على اعتقاداتهم مما يعمل على التأثير سلبيا على العلاقة بين الطرفين و بالتالي على نوعية التعاون الذي يربطهما.

كما يشير إلى ذلك **واتسن Watson** و **رايت Wryth** (1997) الذان يصران على التعاون الإيجابي بين الأجهزة الطبية والمرضى المصابين بالأمراض المزمنة كمرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، و يرتكز أساسا على إطلاع الأطباء على اعتقادات المرضى والعمل على تصحيحها و الاهتمام بها يسمح للمرضى بتقبل الأدوية و الحرص على تناولها بانتظام و بصفة مستمرة.

4 <u>نظرية الأدوار:</u>

يؤكد **هرزليش** (1998) **Herzlich** بأن مسألة التقيد بالعلاج تدفعنا إلى القول بأن المريض و مرضه لا ينتميان إلى الطبيب لأن المرض هو في آن واحد شعور ذاتي و عائلي وجماعي و ثقافي. و يشير إلى أن المرض يعتبر نوع من الانحراف الراجع إلى الضغوطات التي يحثها المجتمع على الفرد. إذ أن دور المريض الذي يخضع للعلاج هو دور شاق يصعب على كل المرضى تحمله.

و في هذا النطاق، يقترح **ميليس Meleis** (1998) و **داركاب Dercup** نموذج خاص بسلوك عدم التقيد بالعلاج إذ يتكون هذا النموذج من أربعة عناصر هي:

1. تقمص دور المريض: أي أنه لكي يتقيّد المريض بالعلاج الموصوف له، لابد أن يكيف سلوكاته و نشاطاته مع مستلزمات الدور الجديد و هو دور المريض.
2. صورة الذات: لكي يتقيد المريض بالعلاج، لابد أن تطابق صورة ذاته دوره كمريض.

3. تكامل الأدوار: لكي يكون هناك تقيد بالعلاج، لابد أن يستفيد المريض بمساندة الطاقم المعالج، الأقرباء و أولياء المريض.
4. التقييم: لكي يكون هناك تقيد جيد بالعلاج، لابد من تقييم مدى تطابق سلوكات المريض مع دور المريض.

4 1 - نموذج سلوك المريض في مجال الصحة:

يشير **كوكس** (1998) **Koks** إلى وجود ثلاثة عناصر متداخلة فيما بينها تشير إلى مدى تقيد المريض بالعلاج الموصوف له أو عدم تقيده به:

4 1 1 - **العنصر الأول فردية الشخص Individualité:** و يعتمد هذا العنصر على عدة كتغيرات منها: الخصائص الديمغرافية، التأثيرات الاجتماعية، التجربة السابقة مع المرضى، و مع الصحة و مدى مساندة محيط المريض، كما يعتمد ذلك على متغيرات تخص المريض مباشرة و هي: التحفيز لمتابعة العلاج، القدرات المعرفية للمريض و ردود الأفعال العاطفية و الانفعالية. كل هذه المتغيرات متداخلة فيما بينها و يمكن أن تشير إلى نوعية السلوك الذي سوف يظهر على المريض.

4 1 2 - العنصر الثاني: العلاقات بين المريض و موظفي الصحة: يشير هذا العنصر إلى نوعية العلاقة المتواجدة بين المريض و الطاقم المعالج، و ترتبط نوعية هذه العلاقة بالمساندة التي يتلقاها المريض و المعلومات التي تمنح له، ضف إلى ذلك هذه المتغيرات الخاصة بالشخص و يؤدي هذا العنصر إلى تحديد نوعية النتائج الخاصة بالتقيد بالعلاج.

4 1 3 - العنصر الثالث: نتائج العلاقة بين المريض و الطاقم الطبي فيما يخص التقيد بالعلاج: يتمثل العنصر الثالث في نتائج العلاقة بين المريض و الطاقم الطبي المعالج التي تقاس من خلاله الحالة الصحية للمريض و خطورة المشكل الصحي و مدى رضاه بالعلاج الذي حضي به.

4 2 - نموذج التنبأ بالسلوكات الصحية:

يسعى هذا النموذج إلى تحليل مختلف المتغيرات التي تسمح بالتنبؤ بظهور سلوك عدم التقيد

بالعلاج لدى المريض. يستعمل هذا النموذج لتقييم مدى قابلية المريض للتقيد بالعلاج كما يستعمل للبحث عن العوامل المساعدة على ظهور سلوك التقيد بالعلاج أو بالعكس المؤدية إلى سلوك عدم التقيد بالعلاج. و لتقييم مدى استعداد المريض لتبنّي السلوك المنتظر منه، لابد من تحليل و تقييم أربعة عوامل هي:

العامل الأول: تقييم تحفيزات المريض في مجال الصحة: أي مدى تمسكه بالحفاظ على صحته وتتبع العلاج.

العامل الثاني: الأهمية التي يوليها المريض لتحسن حالته الصحية أي مدى تصوره لخطورة مرضه و مدى حرصه على الشفاء.

العامل الثالث: مدى اقتناع المريض بأن التقيد بالعلاج يمكن حقيقة أن يقضي أو يخفض من مشكلته الصحية.

العامل الرابع: اعتقادات المريض فيما يخص إرادته و قدراته في تتبع العلاج.

حتى و إن كان المريض مستعد لتبنّي سلوكات صحية إلا أن هناك بعض العوامل التي يمكنها أن تحول دون ذلك مثل: العوامل الشخصية، العوامل المتعلقة بالعلاج والعلاقات مع الطاقم الطبي.

هذه النماذج تسمح بإيجاد تفسيرات لظاهرة عدم التقيد بالعلاج و حتى التنبؤ بسلوكات المرضى للتمكن من إيجاد بعض الحلول **كوكس** (1998) **Koks**.

5 -العلاقة بين الطبيب و المريض و ارتباطها بسلوك عدم التقيد بالعلاج:

يؤكد **فردو** (1993) **Verdoux** بأنه من بين العوامل المؤدية إلى ظهور سلوك عدم التقيد بالعلاج لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، نجد نوعية العلاقة التي تربط المريض بالطبيب و مدى أهمية المعلومات التي تقدم للمريض، إذ يشير الباحث إلى أن الأهم هو طريقه توصيل المعلومات التي تدخل ضمن ديناميكية العلاقة التي تربط المريض بالطبيب و التي تدل على الثقة بينهما. كما يميز **باك** (1993) **Peek** عدة عوامل تدخل في تفجير سلوك عدم التقيد بالعلاج، و منها خاصة: معتقدات المريض حول مرضه و عدم الاهتمام بحالته

الصحية و طول مدة العلاج و كثرة الأدوية التي ترهقه، إضافة إلى تصوره للمرض و اعتقاداته الخاصة بخطورة و أفكار الموت المتعلقة به وطول مدة العلاج و عدم توقفها خاصة في حالة المرض المزمن.

لتفادي أن يقوم المريض بنفسه بتأويلات حول خطورة المرض المصاب به يرى **بالنت** **Balint** (1980) في كتاب الشهير "الطبيب، المريض و الدواء" "Le médecin son malade et le médicament" بأن يقوم الطبيب بإعطاء معلومة واضحة معمقة و مبسطة كما ينصح أن يشرح النتائج المترتبة عن انقطاع المريض عن تناول الدواء.

و يرى **لاشو** **Lachoux** (1990) بأن الدواء لا يعتبر فقط مادة كيميائية يكمن دورها في التغلب على الأوجاع و الأمراض، ولكن وصف الدواء من طرف الطبيب للمريض يأخذ بعين الاعتبار الإطار الذي يوصف فيه و التصور الرمزي له من طرف المريض الذي يأتي بطلب و يلجأ إلى الطبيب الذي يمثل العلم والمعرفة.

و يتسائل الباحث عن رفض المريض للدواء قائلا: "ماذا يرفض المريض في الحقيقة ؟ ".

- هل يرفض المادة الكيميائية التي تتمثل في الدواء ؟
- أم أنه يرفض الطبيب و الطاقم المعالج ؟
- أم أنه يرفض المرض؟

ثم يؤكد الباحث بأن المريض الذي ينفي مرضه و يتجسد هذا النفي بعدم التقيد بالعلاج بأنه حتما لم يتلق المعلومات الكافية التي تجعله يتقبل هذا المرض و بالتالي يتقبل العلاج.

إن التكفل بالمريض الذي يظهر سلوك عدم التقيد بالعلاج يعتبر تكفلا بمقاومته اتجاه المرض و الدواء، و يكون ذلك بإمداده بكل التوضيحات الخاصة بمرضه للسماح له بتقييم ما هو في صالحه و تمكينه من الاختيار الأمثل **لاشو** (1990) **Lachoux**.

إن إعلام المريض و إخباره وإمداده بكل المعلومات اللازمة يبقى من بين العناصر الهامة التي تجعل منه شريكا في العملية العلاجية، أكثر من ذلك فإن هذا يسمح بأن يصبح نشيطا، يتقاسم المسؤولية مع الطبيب كما أنه يتقاسم معه عملية اتخاذ القرارات المناسبة لمستقبله ويؤكد **كراس** **Kress** (1994) بأن وصفة الدواء هي عملية لا تخص الطبيب فقط بل تعني

المريض أيضا و كأن هذه الوصفة هي تعاقد يمضيه الطبيب مع المريض و يجعلهما في علاقة مستمرة و وطيدة.

إن المراد من العملية العلاجية هو أن يعبر المريض على كل ما يشعر به اتجاه الدواء الذي يتناوله خاصة و أن سلوك عدم التقيد بالعلاج ممكن أن يؤدي إلى تدهور العلاقة بين المريض و الطبيب و إلى احتمال تدهور صحة المريض المزمن، هذا زيادة إلى الخسائر المادية الناجمة عن استشفاء المرضى بعد تفاقم مرضهم و تدهور حالتهم الصحية.

فالمريض الذي يرفض العلاج هو شخص ينفي الواقع و يهرب منه و لكن ليس هذا فقط فهو شخص يفتقد إلى المعلومات الضرورية حول مرضه والدواء الموصوف له **كراس** (1994) **Kress**.

و يميز **سوبري** (1987) **Soubrie** بين ثلاث مراحل لابد أن يأخذها الطبيب بعين الاعتبار لضمان علاقة طيبة بينه و بين المريض أساسها الثقة والوفاء:

1 -المرحلة الأولى**:** مرحلة ما قبل وصف الدواء:

لابد من تفهم ما هو طلب المريض و ما هو الهدف من زيارته كما أنه من المهم الإصغاء و تحليل وجهة نظره اتجاه الدواء و تقييم الأهمية التي يوليها المريض لصحته و رغبته في الشفاء.

كما لابد من الأخذ بعين الاعتبار شخصية المريض و نوعية العلاقة مع محيطه و لتحضيره لوصف الدواء و إعطاء أهمية للقدرات المعرفية للمريض و الحرص على أن يبدي موافقته.

2 -المرحلة الثانية: مرحلة أثناء وصف الدواء:

من المهم أن يستفسر الطبيب عن ما إذا كانت للمريض تجارب أولية للمرض و الدواء، كما أنه من الضروري إعلام المريض بكيفية ظهور الآثار الثانوية للعلاج، ماهية ظهورها و مدة الظهور. و لهذا من المستحسن حث المريض على طرح كل الأسئلة التي تجول بخاطره و تشجيعه على ذلك و إن ظن بأن بعض الأسئلة تافهة ولا تستحق الطرح.

1. المرحلة الثالثة: مرحلة ما بعد وصف الدواء:

يتم في هذه المرحلة الاستفسار بشكل مرن عن نتائج الفحوصات و عن مدى تتبع المريض للعلاج و عن ما إذا كانت هناك صعوبات يتلقاها المريض لتتبع الدواء أو عدم متابعته إذا ما أظهر نفورا من طول العملية العلاجية **سوبري** (1987) **Soubrie**.

و يؤكد **كرامر** (1989) **Cramer** بأن المعلومات التي تعطى للمريض لابد أن تعطى له بشكل منتظم و متواصل، وأن تكون واضحة وتتناسب مع مستواه و الغر من هذا هو جعل المريض طرفا نشيطا في العملية العلاجية و مسؤولا عن صحته.

قام **هاينال و شولز** (1993) **haynel** et **Schoulz** بدراسة تجربة على مجموعة من المرضى المهملين للعلاج المضاد للارتفاع الضغط الشرياني و مجموعة أخرى متكونة من المرضى مصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المواظبين على العلاج.

و قد تم الاستعانة بمجموعة من الأطباء المعالجين إذا اقترحت عليهم خمس طرق للتعامل مع المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، و تتمثل هذه الطرق فيما يلي:

5 - 1 الطريقة الأولى:

تتمثل في تقنية طمأنة المريض و كسب ثقته، و تحتوي على مجموعة من السلوكات التي بإمكانها ضمان حسن سير العلاقة طبيب – مريض. و يلجأ الطبيب هنا إلى التأكيد على إيجابيات العلاج من الشرح الدقيق لآثار الأدوية على الحالة الصحية و تأثيرها على الضغط الشرياني بصفة إيجابية.

5 - 2 الطريقة الثانية:

و تتمثل في التقنية البيداغوجية Techniques pédagogiques و تحتوي على مجموعة من المعلومات التي يوفرها الطبيب لمريضه إذ يسمح له بطرح الأسئلة و بالتالي تصحيح بعض الاعتقادات.

5 3 - الطريقة الثالثة:

و هي عبارة عن تقنية الحث Invigoration و تحتوي على مجموعة من النصائح التي تحث المريض المصاب بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي على بذل بعض المجهودات للتخلي عن بعض العادات غير صحية و اكتساب أخرى أكثر صحة.

5 4 - الطريقة الرابعة:

و تتمثل في تقنية الاستطباب Médicalisation و هي عبارة عن مجموعة المواقف الطبية التي ترمي إلى دفع المريض إلى تقبل صفة المريض Statut du malade.

5 5 - الطريقة الخامسة:

و تتمثل في الإفجاع Dramatisation و هي عبارة عن مجموعة من المواقف التي تعطى للكشف الطبي صبغة درامية ترمي إلى دفع المريض إلى الإحساس بخطورة مرضه و بالتالي تسمح للطبيب بضمان مواظبة المريض على العلاج الدوائي.

و يلجأ الأطباء في تطبيقهم الفعلي لكل تقنية على حدى إلى عدة نقاط خاصة بكل تقنية و هي كالتالي:

- **التقنية الأولى**: و يلجأ الطبيب إلى:
  - لفت انتباه المريض على العلامات الدالة على تحسن حالته (مثل اختفاء العلامات الوظيفية الخاصة بالمرض).
  - نصائح خاصة بالاسترخاء و الراحة.
  - استعمال عبارات التشجيع.
- **التقنية الثانية**: و تحتوي على:
  - نصائح خاصة بالكف عن التدخين.
  - نصائح خاصة بالتخفيف أو الكف عن تناول الكحول.
  - نصائح خاصة بضرورة اللجوء إلى حمية غذائية خاصة
  - نصائح خاصة بممارسة الرياضة
  - نصائح خاصة بمراقبة العادات اليومية.
- **التقنية الثالثة**: و أساسها:
  - تزويد المريض بنصائح حول أرقام ضغطه الشرياني و أحسن الطرق لتخفيضها.

- تزويد المريض بمعلومات حول مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.
- تزويد المريض بمعلومات حول العلاج الخاص بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.
- تزويد المريض بمعلومات حول نمط الحياة Mode de vie المفروض تتبعه.

- **التقنية الرابعة**: وتحتوى على:

- الشرح الدقيق لمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.
- تقديم العلاج الطبي المضاد لارتفاع الضغط الشرياني كعلاج دائم يستمر طوال الحياة.

- **التقنية الخامسة**: و هي عبارة عن:

- التقديم المفجع Présentation dramatique لأرقام الضغط.
- الإصرار على التعقيدات الخاصة بالمرض.
- رغبة الطبيب في تخويف المريض.
- فحص المريض خلال مدة تطول عن المدة المعتادة بهدف تخويفه وحثه على بذل المجهودات اللازمة للمشاركة في التكفل بحياته الصحية.

6 ـ نتائج الدراسة

أظهرت نتائج هذه الدراسة الهامة أهمية العلاقة القائمة بين المريض بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي و طبيبه المعالج فيما تسمح له من حث المريض على المواظبة على العلاج أو بالعكس دفعه إلى الهروب من حقيقة مرضه و اللجوء إلى سلوك عدم التقيد بالعلاج للتعبير عن رفضه للمرض، فقد اتضح بعد تحليل نتائج الدراسة ما يلي:

- أثبتت التقنية الأولى و هي تقنية طمأنة المريض و كسب ثقته فعاليتها بالنسبة للمرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي الذين يظهرون سلوك عدم التقيد بالعلاج، حيث استمر المريض في المجموعة الأولى في الحفاظ على العلاج بينما سجلت نتائج لا بأس بها في المجموعة الثانية إذ تراجع معظم المرضى عن سلوك عدم التقيد بالعلاج.

- أما التقنية الثانية و هي التقنية البيداغوجية فقد استعملت خاصة مع المرضى الذين يظهرون سلوك عدم التقيد بالعلاج و الذين أبدوا اهتمامهم بالنصائح التي قدمت لهم من طرف الأطباء و لكن لم يسجلوا تغييرا كبيرا لسلوكاتهم.
- أما التقنية الثالثة التي تمثلت في تقنية "الحث" فقد استعملت في مجموعتين و لكنها لم تثبت صحتها لأنها تعتمد على مجموعة من المجهودات التي يستلزم على المرضى القيام بها.
- التقنية الرابعة التي تمثلت في تقنية الاستطباب أي التطرق خاصة إلى العلاج الطبي لمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي و أثبتت فعاليتها خاصة مع المرضى المحافظين على العلاج الطبي، إذ يقترح عليهم الطبيب اتفاق علاجي واضح يساعدهم على تقبل صفة المريض.
- أما التقنية الخامسة التي تمثلت في الإفجاع و التي استعملت خاصة مع المرضى الذين يظهرون سلوك عدم التقيد بالعلاج، فقد أثبتت فعاليتها مع المرضى الذين قبلوا الخضوع إلى طريقة التخويف و لكن المؤكد هو أن هاته الطريقة تؤدي خاصة إلى نشوء علاقة صراعية بين الطبيب و المريض.

خلاصة:

لوحظ من خلال مختلف التقنيات التي اقترحت على الأطباء في تعاملهم مع مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج و المرضى الذين يظهرون سلوك عدم التقيد بالعلاج، بأن العلاقة طبيب – مريض تعتبر هامة جدا فيما يخص مساعدة المرضى على تقبل مرضهم، فقد تمكن العلماء من استخلاص أن هاته العلاقة لا ترتكز فقط على توجيهات الطبيب التي كثيرا ما تشبه الأوامر و لكنها تعتمد خاصة على استثمار هاته العلاقة من طرفه و نظرته للمريض على أنه إنسان يظهر معاناة نفسية.

فقد اتضح من خلال نتائج الدراسة بأن تقنية طمأنة المريض و كسب ثقته هي أكثر فعالية من التقنية البيداغوجية لأن الأولى تعتمد على إنسانية الطبيب بينما تقتصر الثانية على مجموعة النصائح التي تحث المريض على اتخاذ مسؤوليته لوحده اتجاه مرضه " كذاك الحال بالنسبة للتقنية الثالثة التي تعتمد على الحث إذ أثبتت سلبيتها بما أنها ترمي المسؤولية على المريض و تذكره بصعوبة الوضعية المتواجد فيها أي إصابته بالمرض المزمن، في حين أثبتت التقنية الرابعة فعاليتها و هي تقنية " الاستطباب" التي تقترح على المريض " اتفاق علاجي و هذا معناه بأن الطبيب يشكل الطرف الآخر للاتفاق هذا يعني أنّ المريض لم يعد وحيدا".

أما عن التقنية الخامسة و هي تقنية الافجاع فهي تعتمد أساسا على التخويف حتى و إن نجحت مع بعض المرضى الذين يظهرون سلوك عدم التقيد بالعلاج إلا أنها تعتبر سلبية لأنها تشوه صورة الطبيب بالنسبة للمريض **صافار** (1992) **Safar** و **كونسولي** (1992)**Consoli**.

الفصل الرابع

منهج البحث وإجراءاته

تمهيد:

يهتم بحثنا الحالي بمعرفة مدى دلالة الفروق بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الطبي و مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج و ذلك فيما يخص بعض العوامل النفسية – الاجتماعية المساعدة على تفاقم ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي و المتمثلة في الضغط النفسي Stress و القلق Angoisse والاكتئاب Depression و استراتجيات المقاومة Stratégies de coping.

تشير فرضيات هذا البحث إلى وجود فروق دالة في شدة مشاعر القلق و الاكتئاب لصالح مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الطبي و بالتالي وجود فروق دالة فيما يخص شدة الضغط النفسي في المجموعتين.

سيتم التطرق في هذا الفصل إلى منهجية البحث و الوسائل المستعملة لتسهيل إجراءات البحث و أخيرا إلى المعالجات الإحصائية المستعملة و مختلف التحاليل و المناقشات التي تتبعها من خلال الرجوع إلى فرضيات البحث و التأكد من صدقها أو من نسبيتها.

1 - العينة:

1 – 1 – طريقة اختيار العينة:

كان لابد علينا لتسهيل عملية البحث من استشارة الأطباء المشرفين على مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي و منهم أطباء مختصون في الأمراض القلبية – الوعائية و لقد صادفت طريقنا صعوبة أساسية و هي عدم تردد مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج على المصالح المختصة، إذ من الخصائص الخاصة الأولى التي يختص بها هؤلاء المرضى هي عدم ترددهم على المصالح الطبية المختصة و بالتالي كان لابد من انتظار مجيئهم و ترددهم النادر جدا لاستشارة الأطباء.

1 – 2 – خصائص العينة :

اعتمدنا على الاستبيان لمعرفة مختلف خصائص العينة المراد دراستها بمجموعتيها و تتمثل هاته الخصائص في: السن، الجنس، تاريخ بداية المرض، المستوى التعليمي و الحالة العائلية.

1 - 2 - 1 - الجنس

تم توزيع أفراد العينة حسب الجنس على الشكل الذي بينه الجدول التالي:

الجنس	مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المواظبين على العلاج	مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج	المجموع
الذكور	23	32	50
الإناث	27	18	50
المجموع	50	50	100

جدول رقم -1-: توزيع أفراد العينة حسب الجنس

يبلغ الحجم الكلي للعينة 100 فرد، و تحتوي كلا المجموعتين على 50 فرد، حيث تشمل مجموعة المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المواظبين على العلاج 27 أنثى و 23 ذكر، بينما تحتوي مجموعة المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج على 18 أنثى و 32 ذكرا، علما بأن كل هؤلاء المرضى قد تم تشخيصهم و وضع ملفات طبية لهم.

و نظرا للصعوبات التي تم ذكرها آنفا، فإنه لم يتم تقسيم عينة البحث حسب الجنس تقسيما متساويا.

1 2 2 - السن:

تم توزيع أفراد عينة البحث حسب السن إلى عمرين كما يوضح الجدول التالي:

فئة العمرية	مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المواظبين على العلاج		مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج	
	العدد	%	العدد	%
الذكور	11	22	8	16
الإناث	39	78	42	84
المجموع	50	100	50	100

جدول رقم -2-: توزيع أفراد العينة حسب السن.

قامت الطالبة باختيار أفراد عينة البحث الحالي من فئة عمرية تتراوح ما بين 30 و 65 سنة علما بأن تشخيص مرض ارتفاع الضغط الشرياني كثيرا ما يتم في سن متقدم لأن أعراض المرضى تشبه أعراض مألوفة لأمراض أخرى مثل: الزكام **برنار Barnard** (1992)، لهذا نجد معظم أفراد العينة يتمركزون في الفئة العمرية التي تتراوح ما بين 46 و 65 سنة،

و ذلك بنسبة 78 % في المجموعة الأولى و نسبة 84 % في المجموعة الثانية.

1 2 3 - المستوى التعليمي

تم توزيع أفراد عينة البحث وفقا للمستوى التعليمي إذ يتراوح بين المستوى الابتدائي و المستوى الثانوي كما يوضح ذلك الجدول التالي:

المستوى التعليمي	مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المواظبين على العلاج		مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج	
	العدد	%	العدد	%
ابتدائي	35	70	38	76
متوسط	10	20	8	16
ثانوي	5	10	4	8
المجموع	50	100	50	100

جدول رقم -3-: توزيع أفراد العينة حسب مستوى التعليمي.

ظهر من خلال هذا الجدول أن غالبية أفراد العينة بمجموعتيها تتمركز في المستوى التعليمي الابتدائي حيث تصل النسبة في المجموعة الأولى إلى 70 % و في المجموعة الثانية إلى 76 % و يليها بعد ذلك المستوى المتوسط بنسبة 20% في المجموعة الأولى و نسبة 16 % في المجموعة الثانية، و في الأخير المستوى الثانوي بنسبة قليلة جدا أي 10 % في المجموعة الأولى و 8 % في المجموعة الثانية.

1 2 4الحالة المدنية:

يوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية من متزوج وأعزب:

الحالة المدنية	مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المواظبين على العلاج		مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج	
	العدد	%	العدد	%
أعزب	8	16	9	18
متزوج	42	84	41	82
المجموع	50	100	50	100

جدول رقم -4-: توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية.

يبدو من خلال الجدول -4- أن معظم أفراد العينة سواء في مجموعة مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المواظبين على العلاج أو في مجموعة مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج هم من فئة المتزوجين إذ بلغت النسبة المئوية 82 % بينما تعد النسبة المئوية لفئة العزاب ضعيفة إذ وصلت إلى 16 % في المجموعة الأولى و 18 % في المجموعة الثانية.

1 2 5 - تاريخ بداية المرض:

يوضح الجدول - 5- تاريخ بداية المرض و نعني به الفترة التي شخص فيها المرضى تشخيصا إكلينيكيا من طرف الأطباء.

تاريخ بداية المرض	مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المواظبين على العلاج		مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج	
	العدد	%	العدد	%
منذ 3 سنوات	8	16	5	10
منذ 5 سنوات	12	24	16	33
من 6 سنوات إلى ما فوق	30	60	29	58
المجموع	50	100	50	100

جدول رقم -5-: توزيع أفراد العينة حسب تاريخ بداية المرض.

تبين لنا أرقام الجدول أن أكبر نسب العينة فيما يخص تاريخ بداية المرض تنحصر ما بين 6 سنوات إلى ما فوق حيث تصل النسبة المئوية في المجموعة الأولى إلى 60 % و في المجموعة الثانية إلى 58 % ثم تليها الإصابة بالمرض منذ 5 سنوات إذ تصل إلى 24 % في المجموعة الأولى و إلى 10 % في المجموعة الثانية فيما يخص مدة الإصابة التي تصل إلى ثلاث سنوات.

2- **وسائل القياس:**

1-2- الاستبيان:

استعملت الباحثة استبيان يتكون من أسئلة مفتوحة يسمح لها بجمع المعلومات الشخصية الخاصة بالجنس و السن والمستوى التعليمي و الحالة المدنية و تاريخ بداية المرض. و تعتبر هذه المعلومات أولية و غير خصوصية إذ اجتنبت الباحثة طرح أسئلة فيما يخص سلوك إهمال العلاج و سلوك المحافظة على العلاج و ذلك لتفادي التأثير على أجوبة أفراد العينة في مختلف الاختبارات التي استعملتها في هذا البحث للحصول على البيانات الكاملة.

و تمثلت المقاييس و الاختبارات المستعملة فيما يلي:

2 - استبيان إدراك الضغط.

3 - مقياس "**بك**" **Beck** للاكتئاب.

4 - اختبار حالة و سمة القلق للكبار.

5 - استبيان طرق المقاومة.

و فيما يلي عرض لمختلف المقاييس و الاختبارات كل على حدى.

2-2- ***استبيان إدراك الضغط*** :

- وصف الاستبيان:

وضع استبيان إدراك الضغط من طرف **ليفنستين Levenstein** و آخرون (1993) بعد أن أصبح لفظ الضغط النفسي المدرك مستعملا بصفة متواترة إذ يؤكد **توني Toni** (1986) على أن شدة الضغط النفسي تظهر خاصة من خلال الطريقة التي يدرك بها الشخص الوضعية الضاغطة، كما يعتبر **لازاروس Lazarus** (1984) أن طريقة إدراك الضغط هي من أحسن الطرق التي تساعد الباحث على التعرف على الفروق الفردية للمرضى المصابين بالأمراض المزمنة.

يشمل استبيان إدراك الضغط Perceived Stress Index ثلاثون (30) عبارة تنقسم إلى بنود مباشرة و غير مباشرة. يصل عدد البنود المباشرة إلى 22 عبارة و تدل على وجود مؤشر إدراك ضغط منخفض عن طريق إجابة المفحوص بالرفض، وتتمثل البنود المباشرة في العبارات التالي:

رقم: 2-3-4-5-6-7-8-9-11-12-14-15-16-18-19-20-22-23-24-26-27-28-30.

و تكون طريقة التنقيط من 1إل4 من اليمين (تقريبا) إلى اليسار(عادة) أما البنود غير المباشرة فهي تحتوي على 8 عبارات مرقمة كالتالي: 1- 10- 13 –17 –21 –25 –29.

و يكون مؤشر الإدراك المرتفع للضغط عن طريق إجابة المفحوص بالرفض، و الإدراك المنخفض للضغط عن طريق الإجابة بالقبول. و يكون التنقيط بصفة معكوسة من 4 إلى 1 من اليمين(تقريبا) إلى اليسار (عادة) **ليفنستين Levenstein** (1993).

و قد تم التّحقق من ثبات و صدق هذا الاختبار عن طريق قياس التوافق الداخلي Internal Consing و ذلك باستعمال عامل ألفا Alpha Coefficient إذ أظهر وجود تماسك لا بأس به يصل إلى 0,90 % و ا بالنسبة لثبات الاختبار. أما عن صدق الاختبار، فقد تمت مقارنته بمقاييس أخرى و ذلك باستخدام الصدق التلازمي Validité إذ ظهر وجود ارتباط لا بأس به مع المقاييس الأخرى الخاصة بالحالة الصحية كمقياس **كوهان Cohen** لإدراك الضغط إذا وصلت درجة الارتباط إلى 0,73%.

- ***طريقة تصحيح الاستبيان:***

يتم تقييم بنود اختبار عن طريق 4 درجات متفاوتة النسبة يتم ترقيمها من 1 إلى 4 كما يلي:

1. تقريبا أبدا.
2. أحيانا.
3. كثيرا.
4. عادة.

و يرتبط التنقيط بنوع من البنود التي تكون مباشرة أو مباشرة، و تستعمل المعادلة التالية لقياس مؤشر إدراك الضغط:

مؤشر إدراك الضغط = مجموع القيم الخام - 30

و للحصول على القيم الخام يتم جمع كل النقاط المتحصل عليها في الاختبار من البنود المباشرة و غير مباشرة، و يدل مؤشر الإدراك " 0" إلى أدنى مستوى من الضغط، بينما يدل مؤشر إدراك الضغط "1" إلى أعلى مستوى ممكن من الضغط.

2 3 - *استبيان طرق المقاومة:*

- وصف استبيان:

وضع هذا استبيان للاستدلال عن طرق المقاومة التي يستعملها الأشخاص لمواجهة الوضعيات المثيرة للضغط و القدرات الشخصية للتكيف و قد تمت بلورته من طرف **لازاروس Lazarus** و **فولكمان Folkman** (1988) اللذان اهتما خصوصا بالأفكار و السلوكات الخاصة التي يستعملها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة.

و قد استمد الباحثان نظريتهما الخاصة بطرق المقاومة من النظرية الظواهرية Théorie Phénoménologique و من نظرية سيكولوجية الأنا Ego psychology، و يعتبر مفهوم المقاومة سيرورة معرفية Cognitive لأنها تتميز أساسا بقابليتها للتغير و الديناميكية و ذلك حسب قدرة الأفراد على تقييم الموقف الضاغط و إعادة تقييمه في مدتين زمنيتين مختلفتين.

و قد قام **لازاروس Lazarus وفولكمان Folkman** (1988) بتصنيف بنود القائمة إلى نوعيين، نوع يرتبط بالمقاومة التي ترتكز على المشكل و النوع الآخر يرتبط بالمقاومة التي ترتكز على الانفعال.

تشير المقاومة المرتكزة على المشكل إلى المجهودات الشخصية التي ترمي إلى إدارة أو تغيير العلاقة المضطربة للفرد بالبيئة الضاغطة في حين تشير المقاومة المرتكزة على الانفعال إلى المجهودات الشخصية لضبط الانفعالات الضاغطة.

يحتوي استبيان طرق المقاومة على ثماني (8) بنود تقيس مختلف استراتيجيات المقاومة بحيث تم قياس ثبات استبيان عن طريق دراسة التوافق الداخلي للمقاييس الثمانية التي تكونه باستعمال معامل ألفا الذي أظهر معاملات ثبات مرتفعة.

أما فيما يخص صدق الاستبيان، فقد تم قياس الصدق الظاهري Face Validity عن طريق تقييم مدى توافق طرق المقاومة المصرح بها من طرف الأشخاص أمام الوضعية الضاغطة باستراتجيات المقاومة المذكورة في استبيان.

- ***وصف مقياس استبيان طرق المقاومة:***

- مقاومة المواجهة Confrontive Coping:

يشير هذا النوع من استراتجيات المقاومة إلى المجهودات العدوانية Agressive Efforts التي يبذلها الأشخاص لتغيير الوضعية، و هي تدل على درجة معينة من الجرأة، و تشمل البنود التالية: 2 – 3 – 13 – 21 – 26 – 37.

- مقاومة اتخاذ المسافة Distancing:

و تخص المجهودات المعرفية التي يبذلها الفرد لتقليل من أهمية الوضعية الضاغطة عن طريق اتخاذ مسافة مناسبة اتجاهها و التمكن من إلقاء نظرة خارجية عليها و بالتالي تحرير الذات من سلطتها. و تشمل البنود التالية: 8 – 9 – 11 – 16 – 32 – 35.

- مقاومة مراقبة أو ضبط الذات Self Controling:

و نعني بها مختلف المجهودات الشخصية للتحكم في الانفعالات و النشاطات (Regulating one’s feeling and actions) و تشمل البنود التالية:

6 – 10- 27 – 34 – 44 – 49 – 50.

- مقاومة البحث عن سند اجتماعي Looking for social support :

و تحث هاته المقاومة الفرد للبحث عن سند اجتماعي فإما أن يكون هذا السند إعلامي عن طريق البحث عن المعلومات أو سند ملموس كالسند المادي Material Support أو السند انفعالي Emotional Support و تشمل البنود التالية: 4 – 14 – 17 – 24 – 33 – 36.

- مقاومة تحمل المسؤولية Accepting Responsibility:

و تشير هاته المقاومة إلى مدى قبول الفرد للمسؤولية الخاصة به في إحداث المشكلة و بالتالي تحمل عواقبها و مجهوداته لتغيير الأمور، و تشمل البنود التالية: 6 – 19 – 22 – 42.

- مقاومة التهرب – التجنب Espace- Avoidance:

و تخص المجهودات السلوكية للتهرب أو تجنب المشاكل، و يشمل البنود التالية:

7 – 12 – 25 – 31 – 38 – 41 – 46 – 47.

- مقاومة مخططات حل المشاكل Problem Solving:

و تشير لمختلف المجهودات الشخصية لتغيير الوضعية، و تكون مرفقة بالمجهودات التحليلية لحل المشاكل و تشمل البنود التالية: 20 – 30 – 39 – 40 – 43.

- مقاومة التقدير الإيجابي Positive reaprasal:

و تخص المجهودات الفردية لإعطاء معنى ايجابي و مرضي للوضعية الضاغطة و ذلك بإعادة تقديرها حسب التطور الشخصي للفرد، و تشمل البنود التالية:

15 – 18 – 23 – 28 – 29 – 45 – 48.

تعليمات تطبيق و تصحيح الاختبار:

يقوم الاختبار على استحضار الحدث الضاغط الخاص أثناء مقابلة المفحوص مع الفاحص علما بأن الإجابة على البنود ترتبط بالشكل الذي اعترض طريق المفحوص. و تعتمد طريقة تصحيح الاختبار على القيم الخام، و يرتبط بمجهودات المقاومة في كل نوع من الأنواع الثمانية.

و يستعمل لحساب درجات السلم أربع نقاط، و تتمثل في الآتي:

0 -إطلاقا.

1 -إلى حد ما.

2 -كثيرا.

3 -كثيرا جدا.

2 4 - اختبار حالة وسمة قلق للكبار The strate Trait Anxiety Inventory:

يتكون هذا المقياس (S.T.A.I) **سبيلبرجر Spielberger** (1963) من استبيانين اثنين و هدفه هو قياس الأهمية النسبية للقلق كاستجابة لوضعية ما و هو المعروف بالقلق حالة State Anxiety و القلق كاستعداد دائم للشخصية Trait Anxiety. يحتوي كلا استبيانين على عشرون (20) سؤالا يقوم المفحوص بالإجابة عليهما حسب سلم مدرج بأربع درجات.

تظهر أهمية هذا المقياس في أنه يسمح بالتمييز بين حالات القلق العابرة و الاستعدادات الدائمة نسبيا **فيني Vignie** (1991). لقد قام **راندال** وجماعته (1976) بتحليل عاملي لهذا المقياس Analyse factorielle إذ تمكنوا من استخراج ثلاثة عوامل:

- العامل الأول: الخاص بالقلق المعرفي Cognitive Anxiety و تترجم ب: الشعور بالفشل Sentiment d'échec.
- العامل الثاني: الخاص بالضغط Tension.
- العامل الثالث: الخاص بالتوازن Stabilité و الثقة بالنفس Confiance en soi.

يتكون مقياس سمة القلق من عشرين (20) عبارة يجيب عليها المفحوص لوصف القلق الذي يشعر به بوجه عام و يتكون مقياس حالة القلق من عشرين (20) عبارة أيضا و تختلف تعليماته عن مقياس سمة القلق في أنها تطلب من المفحوص وصف ما يشعر به في لحظة معينة من الزمن A particular moment in time **لوشان** (1970) **Lushen**.

أما عن ثبات الاختبار، فقد تم قياسه باللجوء إلى طريقة التطبيق و إعادة التطبيق و خاصة فيما يخص مقياس حالة القلق إذا اتضح أن معاملات ثبات هذا المقياس تتغير من فترة زمنية إلى أخرى في حين تتقارب معاملات ثبات مقياس سمة القلق مما يؤكد نظرية **سبيلبيرجر Spielberger** (1970) التي تشير إلى ثبات نسبي لسمة القلق في الشخصية وإلى تغيير ملحوظ لحالة القلق حسب الأوقات الزمنية.

- طريقة تصحيح الاختبار:

يجيب المفحوص على كل عبارة من عبارات الاختبار على الشكل التقديري الذاتي حسب مدرج يتكون من أربع (4) نقاط هي كالتالي:

- **الأربع نقاط الخاصة بمقياس حالة القلق:**

1. مطلقا.
2. قليلا.
3. أحيانا.
4. كثيرا.

- **الأربع نقاط الخاصة بمقياس سمة القلق:**

1. مطلقا.
2. أحيانا.
3. غالبا.
4. دائما.

و تتراوح قيمة درجات الاختبار من أدنى درجة تصل إلى 20، إلى أقصى درجة تصل إلى 80.

هناك نوعين من العبارات في كلا من المقياسين تشير الأولى إلى قلق عال و تقدير مرتفع و يكون تدرج الأجوبة فيها كالتالي: 1 – 2 – 3 – 4. أما النوع الثاني فيشير التقدير المرتفع فيه إلى القلق المنخفض، و يكون التدرج الأجوبة معكوسا كالتالي: 4 – 3 – 2 – 1 و هذا فيما يخص حالة القلق و نجد في هذا المقياس عشر عبارات تصحح بطريقة مباشرة و هي رقم: 3 – 4 – 6 – 7 – 9 – 12 – 13 – 14 – 17 – 18.

و عشر عبارات أخرى تصحح بطريقة أخرى معكوسة و هي رقم: 1 – 2 – 5 – 8 – 10 – 11 – 15 – 16 – 19 – 20. أما فيما يخص سمة القلق، فتوجد 13 عبارة تصحح بطريقة مباشرة و هي رقم: 22 – 23 – 24- 25 – 28 – 29 – 31 – 32 – 35 – 37 – 38 – 40.

و سبع عبارات معكوسة و هي رقم: 21 – 26 – 27 – 30 – 33 – 36 – 39 **سبيلبيرجر Spielberger** (1970).

2 – 5 – مقياس" بك " Beck للاكتئاب:

- وصف المقياس:

لا يعتبر مقياس" بك" للاكتئاب (B.D.I) وسيلة للتقييم الذاتي، بل من يفحص هو الذي يقرأ الأسئلة و يسجل الإجابة في حين يمكن للمفحوص متابعة قراءة الفحص على ورقة القياس و تعتمد الأجوبة على اختيار المفحوص للاقتراحات الموجودة في كل بند " **فيني**" **Vignie**(1981).

مقياس "**بك**" للاكتئاب هو أحسن المقاييس الإكلينيكية التي تعتمد على الملاحظة العلمية و هدفه هو التمييز بين الأفراد المكتبين و الأفراد الذين يعانون من حالة قلق دون وجود مشاعر للاكتئاب كما يسمح بتقدير كمي لدرجة الاكتئاب.

نشر هذا المقياس في صيغته الأصلية عام 1961 و كان يحتوي آنذاك على واحد و عشرون (21) صنفا من الأعراض تقاس من خلال عدة مستويات من الشدة ونذكر من بينها:

- المستوى الأول: ويقيس الحزن Tristesse.
- المستوى الثاني: ويقيس التشاؤم Pessimisme.
- المستوى الثالث: ويقيس الإحساس بالفشل Sentiment d'échec.
- المستوى الرابع: ويقيس الانسحاب الاجتماعي Retrait social.
- المستوى الخامس: ويقيس الانشغالات الجسمية Préoccupation Somatique.
- المستوى السادس: ويقيس فقدان القوة الجنسية Perte de la libido **إلينبرجر** **Ellenberger** (1981).

و منذ عام 1974، بلورت صيغة أخرى من مقياس تحتوي على ثلاثة عشر (13) سؤالا منها أربعة تشير إلى حالة الاكتئاب و هي:

- السؤال الأول: ويقيس الحزن Tristesse.
- السؤال الثاني: ويقيس التشاؤم Pessimisme.
- السؤال الرابع: ويقيس عدم الرضا Insatisfaction.
- السؤال الثالث عشر: ويقيس عدم القدرة على اتخاذ القرارات Indécision.

- ***خصائص المقياس:***

يتميز مقياس "بك" للاكتئاب بمعامل ثبات لا بأس به حيث استعملت طرق عديدة لقياس هذا الثبات و من بينهما نذكر طريقة التجزئة النصفية التي استعملت فيها بيانات سبعة وتسعين (97) حالة حيث تم إيجاد معامل ارتباط قدره 0,86% بين الفئات الزوجية و الفئات الفردية للمقياس، و ارتفع معامل الثبات إلى 0,83% (غريب 1985).

أما عن صدق المقياس، فقد تم مقارنته بعدة مقاييس نفسية نذكر منها مقياس **هاملتن** **Hamilton** للاكتئاب و باستعمال طريقة الصدق التلازمي ثم مقارنة مدى ارتباط الدرجات المحصل عليها في مقياس **هاملتن** إذ وصل معامل الارتباط إلى 0,75% (غريب 1985).

يتميز مقياس " **بك**" بفعالية في الميدان الإكلينيكي فهو يستعمل لتشخيص حالة الاكتئاب و درجتها كما أنه يستعمل لتقييم مدى فعالية علاج ما للاكتئاب و ذلك عن طريق تطبيق و إعادة تطبيق الاختبار قبل و بعد العلاج.

طريقة تصحيح الاختبار:

لتصحيح مقياس بك للاكتساب، يتم جمع الدرجات التي تحصل عليها المفحوص في البنود الثلاثة عشر (13) حسب سلم التنقيط الذي يتراوح من 0 و 3 و تتراوح درجات المقياس من 0 كأدنى درجة إلى 39 كأقصى درجة.

أما عن الأسلوب المتبع لتقدير وجود الاكتئاب من عدم وجوده هو أسلوب الدرجات القاطعة Cut off scors (غريب 1985) كما بين الجدول التالي:

تقدير درجة الاكتئاب حسب مقياس "بك"	
شدة الدرجة	مدلول الدرجة

لا يوجد- الحد الأدنى- معتدل- غير حاد- متوسط شديد	4 - 0 7 -5 15 -8 +16

3 - ***طريقة إجراء البحث:***

تم جمع أفراد عينة البحث الحالي من مصالح صحية تمثلت في عيادتين مختلفتي الخدمات هما: عيادة **بوزريعة** و عيادة **دويرة**، و الملاحظ أن الكثير من المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي يترددون على هذا النوع من العيادات قاصدين الأطباء العامون و الأطباء المختصين في الأمراض القلبية و ذلك لأخذ الضغط الشرياني و الاطمئنان على استقرار أرقام الضغط.

تم استقبال المرضى في مكتب الأخصائية النفسانية المتواجدة في كلى العيادتين. و ذلك ما ساهم في تسهيل عملية استجواب المرضى و تطبيق مختلف الاختبارات عليهم.

امتدت الدراسة الميدانية لجمع أفراد العينة أكثر من عشرة أشهر و السبب في ذلك راجع إلى صعوبات أساسية عارضت طريقنا و هي عدم تردد المرضى المصابين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الطبي على العيادات الطبية و ذلك راجع إلى خصوصية سلوكهم اتجاه مرضهم ، مما جعلنا نترقب ترددهم و كان ذلك في فترات جد نادرة.

تم جمع مائة (100) حالة شكلت عينة بحثنا الحالي و تم تطبيق بطارية الاختبارات النفسية التي تم اختبارها في جلسة واحدة.

3-1- المعالجات الأحصائية:

بعد تصحيح أدوات القياس، تم تفريغ درجاتها و إخضاعها للتحليل الإحصائي حيث استخدمت الأساليب الإحصائية التالية للإجابة على أسئلة البحث:

1 -حساب المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لدرجات أفراد مجموعتي البحث في كل متغير من متغيرات الدراسة الحالية.

2 -اختبار"ت" (TTSP) لقياس دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين.

و قد تم البحث في المتغيرات التالية:

- إدراك الضغط
- القلق
- الاكتئاب
- استراتيجيات المقاومة

و سيتم عرض مختلف نتائج الدراسة الحالية بعد التحليل الإحصائي و مناقشتها.

3 2 - *عرض النتائج:*

تمهيد: استعمل اختبارات (TTSP) لعينتين غير متشابهين لقياس دلالة الفروق بين مرضى الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج الطبي و مرضى الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الطبي، وذلك لاختبار مختلف فرضيات البحث:

3-2-1- إدراك الضغط:

يوضح الجدول الآتي متوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية على استبيان إدراك الضغط و الدرجة الثانية للفروق بين المجموعتين:

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج		مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج		المجموعة
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0,005	3,33	0,12	0,47	0,08	0,41	إدراك الضغط

توجد فروق دالة في شدة الضغط بين مرضى الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج و مرضى الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج.

استخدم اختبار "ت" (TTSP) لاختبار هذه الفرضية و المتمثلة في القانون التالي:

$$\frac{TS\ \ x\ 1 - x\ 2}{S\ x\ 1 - x\ 2}$$

و تحصلنا على نتيجة الموضحة في الجدول و إلى تبيان وجود فروق بين مرضى الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج و مجموعة مرضى الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج، و قد بلغ متوسط الفرق (-0,06)و هو الفرق الدال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,005، و يسير لصالح المرضى المحافظين على العلاج، أي أن متوسط إدراك الضغط أكبر عند المرضى المهملين للعلاج عنه عند المرضى المحافظين عليه.

نستنتج مما تقدم أن مرضى الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج هم أقل إدراكا للضغط من مرضى المهملين للعلاج، و بالتالي فإن الفريضة الأولى قد تحققت.

3-3-1- طرق المقاومة:

يشمل استبيان طرق المقاومة (W.C.Q) المطبق في هذه الدراسة على ثمانية (08) معايير جزئية. لقياس كل واحد منها طريقة من طرق المقاومة، و تنص الفرضية المتعلقة باستعمال استراتيجيات المقاومة على ما يلي:

- يختلف مرضى الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج و مرضى الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج اختلافا دالا إحصائيا في استعمالهم لاستراتجيات المقاومة.

جدول 2:

نتائج الاختبار "ت" (TTSP) للفروق في متوسط مختلف طرق المقاومة لأفراد مجموعتين:

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	مرضى ارتفاع الضغط الشرياني للمهملين للعلاج		مرضى ارتفاع الضغط الشرياني للمحافظين على العلاج		طرق المقاومة
0,05	1,20	3,68	6,89	3,60	7,71	البحث عن السند الاجتماعي
0,01	- 2,48	2,30	4,33	2,61	5,45	تحمل المسؤولية
0,05	- 1,93	4,58	12,30	3,80	10,81	التهرب – التجنب
0,05	1,43	3,17	8,31	3,13	9,13	اتخاذ المسافات
0,02	- 2,11	3,54	9,80	3,01	8,25	ضبط الذات
0,02	0,48	3,58	10,13	4,31	10,84	إعادة التقدير الإيجابي
0,05	- 0,91	3,30	7,85	2,95	7,33	مقاومة المواجهة
0,02	0,50	3,52	8,88	3,67	9,29	مخططات حل المشكل

اتخاذ المسافة:

يتضح من خلال الجدول عدم وجود فروق جوهرية بين أفراد المجموعتين فيما يخص اتخاذ المسافة، و قد بلغ متوسط الفرق 0,82 و هو فرق ليس دالا إحصائيا عند مستوى دلالة قدره 0,05.

ضبط الذات:

أسفرت نتائج اختبار "ت" المبينة في الجدول رقم (02) وجود فروق جوهرية بين أفراد المجموعتين إذ يقدر متوسط الفرق 1,55- و هو فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة قدره 0,02.

نستنتج أن هناك فرق دالة في استعمال إستراتيجية ضبط الذات بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج و مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج لصالح هؤلاء.

إعادة التقدير الإيجابي:

أسفرت نتائج اختبار "ت" الموضحة في الجدول (2) وجود فروق جوهرية في استعمال إستراتجية إعادة التقدير الإيجابي بين أفراد مجموعتي البحث و قد بلغ متوسط الفرق 1,55- إلا أنه فرق غير دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,02، و هذا يدل على وجود فروق دالة بين مجموعتي البحث في استعمال هذه الإستراتيجية.

مقاومة المواجهة:

أسفرت نتائج اختبار "ت" الخاصة باستعمال إستراتيجية مقاومة المواجهة، و الموضحة في الجدول (2) عدم وجود فروق جوهرية بين مجموعتي البحث في استعمال هذه الإستراتيجية و يقدر متوسط الفرق 1,49- و هو فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05.

نستنتج من ما تقدم أن هناك فرق بين أفراد المجموعتين فيما يخص مقاومة المواجهة.

مخططات حل المشكل:

بين الجدول (2) وجود فروق جوهرية بين مرضى المجموعتين في استعمال إستراتيجية مخططات حل المشكل لمواجهة الضغوطات، إذ بلغ متوسط الفرق 0,33، إلا أنه فرق غير دال إحصائيا عند مستوى دلالة قدره 0,02.

نستنتج من هذا أن هناك فرق في استعمال إستراتيجية مخططات حل المشكل بين مجموعتي البحث.

نستخلص مما تقدم أن الفرضية الخاصة باستعمال طرق المقاومة التي تنص على وجود اختلاف جوهري بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج و مرضى ارتفاع الضغط الشرياني للمهملين للعلاج قد تحققت جزئيا خاصة فيما يخص إستراتيجيات: تحمل المسؤولية، التهرب- التجنب، ضبط الذات، المواجهة، مخططات حل المشكل.

3-4-1- القلق:

تنص الفرضية المتعلقة بالقلق ما يلي:

- يختلف مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج و مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج في الشعور بالقلق.

و نميز هذا بين القلق حالة و القلق سمة، و عليه يوضح الجدول الآتي المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة البحث على اختبار حالة وسمة القلق، و حساب الدرجة الثانية للفروق بين المجموعتين.

جدول رقم (3): نتائج اختبار "ت" للفروق في متوسط القلق حالة و القلق سمة بين المجموعتين:

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج		مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج		المجموعة
		الأطراف المعيارية	المتوسط الحسابي	الأطراف المعيارية	المتوسط الحسابي	
0,05	-1,76	13,18	49,93	11,82	45,86	القلق حالة
0,05	-3,03	10,25	50,66	9,65	45,13	القلق سمة

- ***القلق سمة:***

أظهر اختبار "ت" وجود فروق جوهرية بين مجموعتي البحث في القلق سمة، حيث بلغ متوسط الفرق 5,53-، و هو دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,005 بذلك فإن متوسط القلق سمة، يظهر أقل لدى المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج مقارنة مع مرضى ارتفاع الضغط الشرياني المهملين للعلاج.

- ***القلق حالة:***

أسفرت نتائج اختبار "ت" الموضحة في الجدول أعلاه، وجود فروق بين مجموعتي البحث في القلق حالة، وقد بلغ متوسط الفرق 4,07- ، و هو فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة قدره 0,05 أي أن متوسط القلق حالة يظهر أكثر لدى مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج مقارنة مع مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج.

نستنتج مما تقدم أن هناك فروق جوهرية بين مجموعتي البحث فيما يخص القلق سمة والقلق حالة، و يسير لصالح مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج.

3-5-1- الاكتئاب:

يوضح الجدول الآتي المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية على مقياس " **بك**" "**Beck**" للاكتئاب، و الدرجة الثانية للفروق بين المجموعتين.

الجدول رقم (04):

نتائج اختبار"ت" للفروق في متوسط درجات الاكتئاب بين المجموعتين:

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج		مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج		طرق المقاومة
		الأطراف المعيارية	المتوسط الحسابي	الأطراف المعيارية	المتوسط الحسابي	
- 0,005	- 3,96	7,45	13,63	6,08	8,68	الاكتئاب

أظهرت نتائج اختبار "ت" الموضحة في الجدول أعلاه وجود فروق دالة بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج مقارنة مع مرضى ارتفاع الضغط الشرياني المحافظين على العلاج، و قد بلغ المتوسط -4,95 ، و هو فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,005 - و يسير لصالح مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج، أي أن متوسط الاكتئاب أكبر عند المهملين للعلاج مقارنة بالمحافظين عليه.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد:

تطرقنا في المبحث السابق إلى عرض مختلف نتائج البحث الحالي، و التحقيق حول مدى رفض و قبول فرضياته، و نظرا لأهمية النتائج التي تم التوصل إليها، فإننا سنناقش في هذا المبحث مدى اتفاقها مع الدراسات السابقة ح>ول الموضوع و محاولة إعطاء تفسيرا لها.

1- تحليل و مناقشة النتائج:

1-1 - إدراك الضغط:

أظهرت نتائج البحث أن المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج أقل إدراكا للضغط من مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج.

و ارتأينا في هذا البحث إدراج مفهوم إدراك الضغط لنميزه عن كيفية الإجابة لضغط الحياة اليومية بالنسبة للأفراد المجموعتين.

و كما سبق أن ذكرنا في الفصول السابقة، فإن من مميزات الوضعية الضاغطة هو:

مدتها أي استمرارها في الوقت و الزمن و كذلك بعدها، ذلك أن المرض المزمن بصفة عامة يستمر في الوقت و هو مرض دائم يستلزم من صاحبه التأقلم معه.

إن إدراك المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الضغط النفسي بصفة خصوصية يدل على الأثر الذي تركه هذا المرض في نفسية المرضى. زيادة على ذلك فإن إدراكهم المتزايد للضغط النفسي يجعلهم كثيري القلق مما يشكل حلقة مفرغة، فكل ما زاد ضغطهم النفسي ارتفع ضغطهم الشرياني و كلما ارتفع ضغطهم الشرياني ارتفع ضغطهم النفسي.

و كما سبق ذكره سالفا، و استنادا إلى **لازاروس Lazarus** و **فولكمان Folkman**، فإن إدراك الوضعيات الضاغطة السلبية (وضعية المرض الشرياني الأساسي) تعد مهددة للمفهوم الذاتي و بالتالي مؤدية إلى فقدان التقدير الذاتي الذي بدوره يؤدي إلى ظهور مشاعر القلق و الاكتئاب.

زد على ذلك، الحدوث المفاجئ للمرض مما أدى إلى ارتفاع الإحساس بالضغط النفسي لدى مجموعة المرضى المهملين للعلاج، علما بأن مجموعة المرضى المحافظين على العلاج يدركون الضغط و لكنهم يوظفون إحساسهم في استثمارات إيجابية تجعلهم يتطلعون إلى البحث عن الصحة من خلال محافظتهم على العلاج، على العكس فإن المرضى المهملين للعلاج يرفضون مرضهم و يهملون و سائل الصحة مما يجعلهم ينحصرون في حلقة مفرغة و يرفضون التأقلم مع المرضى.

فإذا تمعنا في هذه الحالة، نجد بأن الحساسية الزائدة للضغط النفسي هي من بين العوامل المؤدية إلى تفجير مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي و تستمر هذه الحساسية في التأثير على المرضى لدرجة أنهم يرفضون هذا المرض تماما و يهملون العلاج لا لأنهم لا يدركون أهمية الأدوية بل لأن إدراكهم المتزايد للضغط النفسي يجعلهم ضحية أحاسيس سلبية تدفعهم إلى الاستسلام للمرض و رفض مواجهته.

و كما يتبين دراسة **هولمس** **Holms** و راه **Rahe** (1967) فإن عامل الفروق الفردية و عامل الإدراك هم من العوامل التي تسمح لنا بتحديد إمكانية الإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي و هي من العوامل التي تسمح كذلك بالتنبؤ بظهور سلوك إهمال العلاج الطبي.

1 2 - استراتجيات المقاومة:

أظهرت دراستنا الحالية فيما يخص استعمال استراتيجيات المقاومة للتعامل مع الوضعيات الضاغطة، عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج، و مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج في استعمال استراتجيات التي تركز على المشكل (مقاومة المواجهة و المخططات حل المشكل).

أما بالنسبة لاستعمال الاستراتجيات التي تركز على الانفعال، فقد أظهرت نتائج البحث قبول فرضياته المتعلقة بالاستراتجيات الخاصة بتحمل المسؤولية، التهرب التجنب، و ضبط الذات، و رفض فرضياته في استعمال استراتجيات اتخاذ مسافة و إعادة التقدير الإيجابي و البحث عن سند اجتماعي.

1-2-1 استراتجيات التي تركز على المشكل:

تشمل المقاومة التي تركز على المشكل إستراتجيتان وهما: مقاومة المواجهة وتشير لمجهودات العدوانية و المخاطرة، و مخططات حل المشكل و تشير للمجهودات الفردية المدروسة لتغيير الوضعية و يصاحبها التناول التحليلي كحل المشكل (**فولكمان Folkman ولازاروس Lazarus** (1988))، و تهدف هذه استراتجيات إلى إدارة المشكل، و قد أظهرت العديد من الدراسات بأن هناك ارتباط إيجابي بين استراتيجيات التركز على المشكل وقياسات الصحة النفسية، وبأنها مقاومة أكثر تكثيفا من تلك تركز على الانفعال **تيري Terry** (1994).

عكست النتائج التي أسفر عليها البحث الحالي فرضية استعمال الاستراتيجيات التي ترتكز على المشكل، حيث أظهرت عدم وجود فروق دالة بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج ومرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين عليه، في

استعمال مخططات حل المشكل ومقاومة المواجهة ، مع افتراضنا بأنها أكثر استعمالا من طرف المرضى المحافظين على العلاج عند مواجهة الوضعيات الضاغطة، وقد يرجع تفسير هذه النتيجة إلى مدى قابلية ضبط الحدث الضاغط ، فقد وضحت العديد من الدراسات **فولكمان Folkman** (1989) بأن فعالية مجهودات مقاومة الفرد ترتبط بمدى قابلية ضبط الحدث.

2-2-1 الاستراتيجيات التي تركز على الانفعال:

تضم المقاومة التي تركز على الانفعال عدة استراتيجيات تهدف لتقليص مستوى الضيق الانفعالي الذي يثيره الحدث الضاغط ونميز منها التجنب ،التهرب، الإبعاد، البحث عن سند اجتماعي، ضبط الذات، تحمل المسؤولية و إعادة التقييم الإيجابي.

لقد أسفرت نتائج البحث الحالي عدم وجود فروق جوهرية بين المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج، ومرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج في استعمال استراتيجيات اتخاذ المسافة وتشير للمجهودات المعرفية للتصغير و التقليل من أهمية الوضعية، البحث عن سند اجتماعي وتشير لمجهودات البحث

عن مساندة المحيط العائلي والأصدقاء و الأقارب، إعادة التقييم الإيجابي وتشير لمجهودات الفرد في إعطاء معنى إيجابي للوضعية.

أما فيما يخص عدم وجود فروق بين المجموعتين في استراتيجيات اتخاذ المسافة و إعادة التقدير الإيجابي، فهي مقاومات تشير على المجهودات المعرفية لتصغير معنى و أهميته الحدث و إما بإعطائها معنى إيجابي و تحويل التهديد إلى تحدي.

لقد أسفرت نتائج البحث الحالي إلى وجود فروق جوهرية بين أفراد المجموعتين في استراتيجيات تحمل المسؤولية و تشير للمجهودات السلوكية لمواجهة الواقع، مقاومة التجنب التهرب و تشير للمجهودات السلوكية للتهرب.

إذن، تعتبر المقاومة من العوامل الوسيطة بين اثر الضغوطات و النتيجة التكيفية للفرد و بالتالي البحث عن الحفاظ على الصحة الجسدية و النفسية، و هي مجموعة الطرق التي يمكن أن يستعملها الفرد لإدارة الضغوطات الحياتية.

إن الضغط الانفعالي و التجنب يعتبران أسلوب لمقاومة الضغط لدى مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج مقارنة بمرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج عند مواجهة الوضعيات الضاغطة، و هذا ما يجعلهم أكثر إدراكا للضغط.

1 3 - ***القلق:***

أسفرت نتائج البحث الحالي على وجود فروق دالة إحصائيا بين المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج مقارنة بمرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج.

لقد أظهرت نتائج البحث الحالي فروقا جوهرية في القلق سمة و القلق حالة، هذا ما يدعم ما ذهب إليه **سبيلبرجر Spielberger** بأن الأشخاص الذين يمتازون بمستوى مرتفع في سمة القلق يكونون أكثر إدراكا لخطورة و تهديد المواقف و المثيرات و بالتالي يميلون للاستجابة بحالة قلق تجاه هذه التهديدات، كما فسر هذا الباحث وجود علاقة بين القلق سمة والقلق حالة،

فالأفراد ذوي سمة قلق عالية يظهرون مستوى حالة قلق مرتفع مقارنة بذوي مستوى القلق سمة منخفض و هذا يرجع للتقدير المعرفي للمثيرات التي يتعرض لها الفرد.

و يضيف نفس الباحث بأن الأفراد ذوي سمة قلق مرتفع يدركون الموقف بأنه مهدد، و هذا ما يفسر وجود فروق دالة بين أفراد المجموعتين فيما تعلق الأمر بالقلق سمة أو القلق حالة.

1 4 - الاكتئاب:

أظهرت نتائج البحث الحالي وجود فروق دالة إحصائيا بين مرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الطبي و مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج.

يعتبر المعرفيون الاكتئاب كحالة مرتبطة باضطراب الناحية المعرفية و بوجود مجموعة من المعارف الخاطئة.

و يوضح الباحث **إليس Eliss** بأن جهاز معتقدات الفرد مسؤول عن الانفعال لأن سواء كانت سارة أو مزعجة، فإن أنظمة الانفعالات السلبية للفرد المكتئب تجعله يترجم كل الأحداث مهما كانت إلى أحداث سلبية **كوترو Cotraux** (1979).

هذا ما يدعم ما توصلنا إليه في بحثنا الحالي من وجود فروق جوهرية فيما يخص مشاعر الاكتئاب بين أفراد المجموعتين.

الخاتمـــــة

خلاصة البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى فحص مدى وجود فروق بين مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج و مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج في العوامل النفسية الاجتماعية و المتمثلة في الضغط النفسي، استراتجيات المقاومة و كذا في الحالات الانفعالية السلبية كالقلق و الاكتئاب.

إذا تمعّنا في نتائج هذه الدّراسة وحاولنا تحليلها تحليلا علميا، نجد بأنّ كل المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي في مجموعتي البحث يشعرون بالضغط النفسي و لكنّ طريقة إدراك هذا الضّغط لدى مرضى الضّغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج الطّبي تختلف عن طريقة إدراك الضّغط لدى مرضى ارتفاع الضّغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الطّبي، والدّليل على ذلك هي الفروق الجوهرية بين مجموعتي البحث فيما يخصّ مشاعر الاكتئاب و القلق حيث كانت مجموعة المرضى المهملين للعلاج أكثر قلقا و اكتئابا عن نظيرتها.

أما فيما يخصّ استراتيجيات المقاومة المستعملة لدى أفراد المجموعتين، فإنّ الفرضية القائلة بأنّ هناك فروق بين مجموعتي البحث فيما يخصّ استعمال أساليب المقاومة قد تحققت بصفة جزئية فقط، وهذا يمكن أن يفسر بأنّ مرضى ارتفاع الضّغط الشرياني الأساسي في كلا المجموعتين يحاولون جاهدين إيجاد أساليب مقاومة تسمح لهم بالتغلب على الضّغط النّفساني الذي يشعرون به إلاّ أنّ التّحقيق الجزئي لهذه الفرضية يدلّ على أنّ الفرق بين أفراد المجموعتين فيما يخصّ أساليب المقاومة يكمن خاصّة في أساليب خصوصية تدلّ على المجهود المبذول من طرف مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج الطبي و ذلك بفضل إدراكهم للضغط الذي يختلف عن إدراك أفراد مجموعة المرضى المصابين بالضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج الطبي، و هذا ما يجعلهم يطورون ميكانيزمات معرفية إيجابية تسمح لهم ببلورة أساليب مقاومة تجعلهم يبتعدون قدر الإمكان عن الضغط النفسي.

و يظهر من خلال نتائج الدراسة بأن لا فرق يوجد بين أفراد المجموعتين فيما يخص استعمال استراتيجيات المقاومة المتمركزة على المشكل، و يمكن أن يفسّر هذا على أنّ أفراد المجموعتين لم يبلغوا بعد درجة التكيّف المطلوبة و التي تسمح لهم باستعمال هذا النوع من الاستراتيجيات والتي تعتبر كما يشير إلى ذلك **لازاروس** (1988) **Lazarus** من الاستراتيجيات التي ترتبط بقياسات الصحية النفسية، لذا يلجأ مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج الطبّي إلى الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال لتغيير الاستجابة الانفعالية للضّغط النفسي و بالتالي للمرض المزمن، إذ يقوم مرضى هذه المجموعة باللجوء إلى اعتبار الجوانب الإيجابية لوضعية الإصابة بمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي و إعادة تقييمها تقييما إيجابيا يجعلهم يحوّلون الشعور بالتهديد إلى الشعور بالتحدي مما يجعلهم يدركون الضغط بطريقة أقل شدة من مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المهملين للعلاج.

و الجدير بالذكر هو أن تحاليل نتائج البحث لم تظهر فرق جوهري بين أفراد المجموعتين فيما يخص إعادة التقييم الإيجابي للوضعية و هذا يمكن أن يفسّر بأن أفراد مجموعة المرضى المهملين للعلاج الطبي حتى و إن حاولوا إعادة الاعتبار الإيجابي لوضعية المرض إلاّ أنهم يخفقون في ذلك و الدليل هي مشاعر القلق و الاكتئاب التي تنتابهم دائما كما تبين ذلك في الدّراسة.

أمّا فيما يخص المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي المحافظين على العلاج الذين حتى و إن حاولوا إعادة الاعتبار الإيجابي لوضعية المرض إلاّ أنها تبقى وضعية مثيرة للضغط ممّا يفسر عدم وجود فروق دالة بين أفراد المجموعتين، كذلك الحال بالنسبة لاستراتيجية البحث عن سند اجتماعي إذ لم يتّضح وجود فروق بين أفراد المجموعتين فيما يخص هذه الإستراتيجية لأنّ كلا أفراد المجموعتين يبحثون عن هذا السّند المهم خاصة و أنّ دور العائلة و الأصدقاء و الأقارب هام جدا في مجتمعنا.

أما عن إستراتيجية تحمل المسؤولية، فقد ظهر الفرق شاسعا بين أفراد المجموعتين لصالح المرضى المحافظين على العلاج الطبّي، و هذا واضح لأنّ أفراد هذه المجموعة يمتازون بالتمسك بالواقع و الاعتماد على الذات عكس أفراد مجموعة المرضى المهملين للعلاج اللّذين يستعملون أكثر إستراتيجية التجنب و كذا الضبط الانفعالي ممّا يجعلهم أكثر إدراكا للضغط.

يظهر من خلال كل ما سبق بأنّ سلوك إهمال العلاج الطبّي ليس بالسلوك المنفرد بل هو سلوك يظهر على مرضى ارتفاع الضّغط الشرياني الأساسي الذين يدركون الضغط النفسي إدراكا مبالغا فيه يدفعهم إلى رفض المرض و عدم مواجهته كواقع معاش لا بدّ من تقبله.

و يبقى دور الأطباء في متابعتهم العلاجية لهؤلاء المرضى هاما جدّا، إذ لا بدّ أن يتعدى الفحص الطبي تلك العلاقة السطحية المبنية على و صف الدّواء فقط، و أن يسعى الأطباء إلى النظر إلى المريض ككلّ كامل بجانبيه النفساني و الجسماني.

و لتفهم سلوك إهمال العلاج الطبّي لدى المرضى المصابين بارتفاع الضغط الشرياني الأساسي لا بدّ من تفهم شخصية المريض و الإحاطة باعتقاداته و ميولا ته تجاه المرض لكي يتسنى للأطباء و المختصين النفسانيين تفهم ميكانيزم رفض المرض و تجنبه و بالتالي حث المريض على تتبع الدواء و اللجوء إلى السلوكات الصحية الإيجابية التي تقيه من المضاعفات الخطيرة لمرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.

المـــــراجـــع

قائمة للمراجع باللغة العربية

1. **أبو السعد. ع (1992):** الحساسية بين الحقائق و الخيال، دار الهدى، الجزائر.
2. **أبو النيل . م . زبور**: الأمراض السيكوسوماتية الأمراض الجسمية النفسية النشأ مكتب الخانجي، القاهرة (1984).
3. **البحيري. أ . ر. (1984):** اختبار حالة و سمة القلق، للكبار، سلسة الاختبارات السيكولوجية المصرية المفنة، مكتب النهضة المصرية.
4. **الحجار. م. ج (1990):** فن العلاج في الطب النفسي السلوكي، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.
5. **خيري. س. م (1970):** الإحصاء في البحوث النفسية والتربوية و الاجتماعية، دار النهضة العربية، مصر.
6. **النابلسي. م. أ. (1992):** مبادئ السيكوسوماتيكية و تصنيفاته "دار حدى للطباعة و النشر و التوزيع، الجزائر.
7. **النابلسي. م. أ. (1992):** السلوك المؤدي للمرض، مجلة العربي، العمدي، 462- ص 63- 64.
8. **سهيل. إجور (1985):** المنهل قاموس فرنسي – عربي، دار العلم للملايين، بيروت – لبنان.
9. **عيسوي. ع. (1974):** القياس و التجريب في علم النفس و علوم التربية، دار النهضة العربية للطباعة و النشر – مصر.
10. **غريب. ف. (1985):** مقياس الاكتئاب، مكتب النهضة المصرية، القاهرة - مصر

11-AVICENNE (1990): L'impact d'Avicenne dans le monde des sciences Bibliothèque Royale, Paris – France.

12-ALEXANDRE (F) (1997): La médecine Psychosomatique Paris – P.U.F.

13-ANDREOLI (A) TABAU(CH) (1989) : Stress, dépression, immunité:" nouvelles perspectives de recherche dans le domaine de la Psycho-Immunologie". Ann. Med. Psychol. Col 147, N°01(PP35-46).

14-ADOUBI(K.A),DIBY(K.F)(2006) : Facteurs de la mauvaise observance thérapeutique de l'hypertendu. Rev. Int. SC Med Vol 8-2006.pp 18-22. Educi

15-ANACES (T) EITENGER (L)(2006) : Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Recommandations cliniques et données économiques.

16-BARNARD (C)(1986) : Mon cœur en plein santé. Edition Mangés-Paris

17-BALLINT (1989) : Le Médecin, son malade et la maladie. Ed PUF. Paris

18-BECK (A.T) (1963) : Thinking and Depression. Archives of General Psychiatry, Vol 9, Num 4. Pp 324-333

19-BECANCON (G) (1993): Manuel de Psychathologie. Edition DUMOND, Paris.

20-BLOCH (H) (1993) : Grand dictionnaire de Psychologie – Larousse Paris.

21-BENSABAT (S) SELYE (H) (1980) : Stress : de grands spécialistes répondent. Ed Hachette. Paris.

22-COMBON(J) COTHEREAU(C) (1998): Hypertension artérielle, Statut social et environnement dans une population de conducteurs de train – Arch mal Cœur, vol 91, PP 989 – 993.

23-CARNEGIE (D) (2001): Comment vaincre le stress et les soucis. ED FAYARD

24-CHAMONTIN (B)(1994) : Prevalence, treatment and control of hypertension . Ed Hyperteus.

25-CAIN (N) (1994): Stress and coping in the context of psycho neuroimmunology. Archives of psychiatric nursing. N°4 (221 – 227).

26-COTHERRAS(P),ROUSSEL(H) (1988) : « Esquisse d'une épistémologie du stress » Rev de Med Psychos, N° 16 (PP 61 – 70).

27-COHEN (S) (1995) : Negative life events : Perceived stress, Negative effect and susceptibility, to the commun cold, journal of personality and social psychology vol. 64 N° 01 (PP 131 – 140).

28-COHEN(S) et MANUCK (S) (1995) : Stress, Reactivity and disease psychosomatic medicine Vol.7 (423 – 426).

29-GOTTRAUX (J) (1990) : Les thérapies comportementales et cognitives, Edition MASSON, Paris-France.

30-COTTRAUX (J) (1990) : Les thérapies cognitives Ed techniques Encycl., Med. Chir. Paris – France. Psychiatrie, 37820 A 50 . 4 P

31-DUNBAR (1943): psycho diagnosis.Newyork harber

32-DANTCHEV (N) (1989): stratégies de coping et patern « A » cononagene
Rev méd. Psychosom. 17/18 pp21-30

33-DOUKI(S) MOUSSAOUI (D) (1987): Manuel du praticien Maghrébin, Ed
Masson Paris.

34-FERRERI(M) (1993) : Clinique et psychopathologie du stress, un stress

événement, individu et symptôme. Edition Screening, Paris.

35-FERRERI (M) BATTERO (A) (1993) : Sémiologie des états dépressifs de l'adulte. Ed techniques. Encycl. Méd. Chir. Paris, France, 37110 A 10-20.

36-FRIARD (D) (1995) : Mieux définir le risque de non observance

médicamenteuse. Revue Objectif soins

37-FOLKMAN (S), LAZARUS (RB) (1988): Ways Coping questionnaire, Mind Garden Publish Inf. USA.

38-FONTAINE(O)(1984): La Depression
clinique de thérapie comportementale. Ed Pierre Mardage, Bruxelles.

39-FONTAINE(O)(1984) : les thérapies comportementales, Approches théoriques. Ed technique. Encycl. Méd. Chir. Paris, France, 37820 A 40-16P.

40-GULEFI(J) (1992) : Dépression et syndromes anxio-dépressif, ARDIX, Médical Editeur, Paris.

41-GIRED (X). HERPUI (D) (2005) : Evolution dans l'utilisation des traitements médicamenteux et non médicamenteux pour le traitement de l'hypertension artérielle. Enquête Flash. Arch Mal Cœur Vaiss, 98 ; pp 813-6

42-GIRED (X) HANON (O). (2001) : Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé, Presse Méd. 30-1044-8.

43-GREEN (LA) (2003) : Seventh report of the joint national comity on prevention, detection evaluation and treatment of light blood pressure hypertension 2003, n2 1206-52.

44-HERLITZ(C) (1993) : Le sens du mal. Archives contemporaines. Paris

45-KOTLER (N) (1994) : Avoidant attachment as a risk factor for health, British journal of medical psychology, vol. 67 (pp 237 – 245).

46-LAZARUS (RS) FOLKMAN(S) (1984) : Stress, appraisal and coping. New York, Springer.

47-LAZARUS (RS) (1993): From psychological stress to the emotions :

A history of changing out looks. Rev psycho, vol. 44(1-21).

48-LAPLANTINE (F) (1993) : Anthropologie de la maladie. Bibliothèque scientifique. Payot. Paris. France

49-LACHAUX(B) (1990) : Le Placebo dans le cadre de la prescription médicamenteuse : Panacée ou Psychotrope ? In Psychologie médicale,22,6 : PP : 491-493-495

50-LE PINE (J. P) (1994): Sémiologie des troubles anxieux et phobiques. Ed technique. Encycl. Méd. Chir. Paris, France, 37 112 A 10-13P.

51-LEVENSTEIN (S)(1993) : Development of the perceived stress questionnaire, a new tool for psychosomatic research. Journal of psychosomatic research. Vol. 37 N° 01(PP 19-32).

52- LECHEMIA (D) (1995) : Les depressions. De la prevention à la guérison. Ed DAHLEB

53-MARTY (P) (1990) : La psychosomatique de l'adulte – «que sais-je ? » PUF. Paris.

54-Marty (P) (1976) : Mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'economie psychosomatique. Ed. PDF. Paris

55-MCMAHON (S)(1995) : Le Psy de Poche. Ed Marabout

56-MOULIN(J. L). PREVOST (M) (2004) : Comment évaluer l'observance dans l'H.T.A ? Reu. Port. Méd. Général 2004, 18 – 439 – 41.

57-MAURER(B)(1984) :Le stress, une définition impossible . Selye au centre de la controverse. M2DECINE ET Hygiène, vol 42, PP : 2240-2249

58-NOLLEVAUX (M.A) (1998) : Psychopathologie et médecine de demain Ed. Embourg (Belgique).

59-PETRELLA(RJ)(1998) : How effective is exercice training for the treatment of hypertension . CLIN J SPORT Sport. Med. -8224-31.

60-RODINE(S), HARPER(P), PECK(CL) (1983) : Comment améliorer l'observance des maladies vis à vis des prescriptions, Ed JAMA.

61-STORA (JB)(1991) : Le stress « que sais-je ? » PDF Paris

62-SELYE (H)(1975) : le stress de la vie – le problème d'adaptation. Ed. GALLIMARD. France

63-SARGENT(R)(1988) : Comment traduire Stress ? Ed Julliard

64-SIMMONS(R)(1997) : Le stress, comprendre, prévenir, guérir.
Ed « J'ai Lu »

65-THAITS(R), ROW(S) (1987): Patient education and the physician patient relationship. The journal of Family Practice, 2, 169.

66-TAYLOR(C.M) (1983) : Diagnostics infirmiers. Décarie Maloine

67-Xavier(S) ET ALL (1977) : Modification du comportement. Ed MARDAGA

Et Dessart. Brussels.